ДАНИЭЛЬ ДЖЕЙКОБС, ПАУЛЬ ДЭВИД ДОНАЛЬД ДЖОРДЖ МЕЙЕР

СУПЕРВИЗОРСТВО

ТЕХНИКА И МЕТОДЫ КОРРЕКТИРУЮЩИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа

Рекомендовано в качестве учебного пособия для дополнительного образования

Министерством образования Российской Федерации
Б.С.К. Санкт-Петербург 1997

ПРЕДИСЛОВИЕ

“Вы не овладеете искусством психотерапии, читая книги, работая на компьютере, просматривая видеозаписи и перебирая бумаги; этому искусству вы должны научиться у других людей в процессе глубокого внутреннего общения с ними. Наставничество (или супервизорство) — анахронизм в современном мире, поскольку оно связано с традицией устной, сокровенной передачи знания”. (Smith, 1990)

В процессе профессионального роста и развития психотерапевта или психоаналитика корректирующая консультация (супервизия) уступает по своему значению лишь непосредственно самой клинической консультации. Никакие другие аспекты психотерапевтического обучения не обеспечивают обучающегося столь доверительными, индивидуальными и продолжительными беседами с опытным наставником. Поскольку консультации с супервизором имеют решающее значение для развития психотерапевта как личности и профессионала, необходимо понять, что при этом происходит. Что помогает углубить супервизорский диалог? Что ограничивает возможности преподавателя и слушателя к откровенной беседе друг с другом?

Супервизоры нередко вынуждены сами искать ответы на эти важные вопросы. На официальном уровне подготовке супервизоров по-прежнему уделяется мало внимания. В учебных заведениях, в которых могли бы работать супервизоры, этому предмету посвящается сравнительно мало семинаров и лекций. На федеральном и местном уровне также существует совсем немного групп подготовки супервизоров. (Имеется в виду соответствующая ситуация в США.— Прим. рус. редактора.) Как следствие, совершенствуя свое умение лечить пациентов, супервизоры нередко уделяли меньше внимания тому, как научить других лечить пациентов. Несмотря на то что все действия обучающегося психотерапевта подвергаются скрупулезному анализу, педагогические способности супервизоров оцениваются редко. В результате сами консультанты оказываются в менее благоприятном положении, чем их студенты. Последние получают указания касательно тех проблем, с которыми им приходится сталкиваться в процессе профессиональной подготовки. Трудности, с которыми встречаются консультанты в процессе овладения искусством преподавания, обсуждаются сравнительно редко. Из-за этого упущения способности консультантов к повышению своей преподавательской квалификации обычно сомнению не подвергаются.

Супервизоры могут многое почерпнуть из книг и бесед с коллегами. В настоящее время появилось несколько книг, посвященных супервизорской практике, но большинство из них

ограничивается определенной областью: Валлерстайн (1981) и Дюваль (1987) — психоанализом, а Кадушин (1976) — социальной работой. Кроме того, большинство предыдущих публикаций (Fleming and Benedek, 1966; Robinson, 1936, 1949), при всей их полезности, особое внимание в профессиональном обучении уделяют модели “мастер — ученик”, нередко чрезмерно напыщенной и авторитарной. В литературе обращается мало внимания на внутренние переживания консультанта и супервизуемого, равно как и на влияние таких переживаний на формирование корректирующих взаимоотношений.

Чтение литературы и беседы с коллегами позволяют прийти к заключению об отсутствии единства среди преподавателей даже одного учебного заведения относительно целей, перспектив и методов консультативной практики. Одни преподаватели уделяют главное внимание пациенту, другие предпочитают сосредоточиться на психотерапевте и его реакциях. Некоторые преподаватели поощряют использование аудио- и видеозаписи супервизии, другие призывают воспользоваться воспоминаниями и ассоциациями психотерапевта в неформальной обстановке. Одни преподаватели подробно анализируют работу своих студентов в письменном виде, другие этого не любят. Казалось бы, отсутствие единства среди консультантов приводит к возникновению разных подходов к супервизорской теории и практике, но это же отсутствие единства способствует неизбежной путанице и неправильному пониманию целей супервизии и способов ее проведения. Некоторые преподаватели стремятся преодолеть различия и противоречивость подходов, следуя примеру своих преподавателей и обучая точно так же, как обучали их. Несмотря на то что отождествление со своими учителями порой дает положительные результаты, оно не способствует появлению у преподавателей нового, творческого подхода к педагогическому процессу. Более того, такое отождествление сопряжено с риском воспроизведения неприятных или бесполезных аспектов супервизии (Nason, 1994).

Один из аспектов прежнего подхода к проведению супервизий, которым можно пренебречь, заключается, в отсутствии точной границы между обучением и терапией стажера. Отсутствие такой границы приводит к стремлению перенести такие терапевтические концепции, как сопротивление и защита, равно как и проблемы нарциссизма, из области психотерапии в область образования. Использование подобных психодинамических понятий и связанного с ними языка позволяет супервизорам прояснять сложности корректирующего процесса и находить общий язык в общении друг с другом касательно супервизуемых и процесса супервизии. Однако регулярное применение психодинамических понятий может привести к тому, что вместо анализа педагогической ситуации преподаватель начнет анализировать личность учащегося, что существенно ограничивает возможности супервизорского процесса. Стремление рассматривать супервизорские проблемы сквозь призму невротического конфликта (чаще представляемого как конфликт учащегося, а не преподавателя) может лишить преподавателей возможности рассматривать подобные сложности как проблемы преподавания и овладения знанием. Такой подход нередко мешает преподавателю достичь более глубокого понимания педагогического аспекта супервизии и не позволяет ему найти соответствующий подход к конкретной ситуации обучения.

Супервизия проходит в определенном социальном контексте, который может оказать глубокое влияние на течение самого супервизорского процесса. Зинберг (1986) отмечает:

“Задача проведения надежной и непротиворечивой психотерапии имеет не только гуманистическое, но и социально-политическое значение. Как только мы начнем рассматривать психотерапию и супервизию с этой точки зрения, то сразу же обнаружим здесь, как некогда отметил Георг Зиммель, “врожденную склонность к консерватизму, институцнонализации и... стрессу”. Создание любой общественной организации имеет свои достоинства и недостатки, поощряет одни возможности и приглушает другие... В процессе обучения учащийся начинает понимать, что с исторической и современной точки зрения теоретические построения отражают конфликты в данной области, оказывают воздействие на

политику и институты и обладают образовательным потенциалом” (p. 3).

Изменчивый характер обучения в области психиатрии, психологии и социальной работы неизменно оказывает влияние на методы и цели супервизии. Тот факт, что в большинстве программ профессиональной подготовки стали меньше уделять внимания психодинамической психотерапии, заметно ограничивает возможности тех, кто хочет преподавать ее и стать специалистом в этой области. В “Супервизорстве” мы попытались рассмотреть теоретические основы для размышлений о преподавании психотерапии и психоанализа. Особое внимание здесь уделяется проблемам выбора преподавателем типов педагогического вмешательства. Мы описываем некоторые способы мышления, используемые психотерапевтами и психоаналитиками; рассматриваем методы внедрения и развития этих способов мышления. Разумеется, на способность учащегося к овладению своей профессией влияет его чувства к самому себе, к своему пациенту, к преподавателю и педагогическому процессу, в котором он участвует. Для определения оптимального способа преподавания преподаватель должен учитывать эти чувства. В книге рассматриваются проблемы эмоциональной близости и сдержанности в корректирующем взаимодействии и те испытания, которым подвергается чувство собственного достоинства преподавателя и учащегося в процессе проведения супервизии.

При обсуждении супервизорского процесса немало внимания уделяется преподаваемым психодинамическим и психоаналитическим теориям. Разумеется, дидактическое содержание супервизии имеет огромное значение, и тем не менее сосредоточение только на дидактическом содержании уводит в сторону от исследования методов преподавания этого содержания. Терапевтические теории и содержание супервизии могут меняться в зависимости от конкретной дисциплины, связанной с душевным состоянием, и конкретного преподавателя. Учитывая динамическое состояние наших знаний, они будут меняться и в дальнейшем, но сами психологические процессы, задействованные в обучении и преподавании сохранятся вне зависимости от теоретических построений. Нас интересует не столько теория, которую мы преподаем, сколько то, как мы ее преподаем. Мы сосредоточиваемся на тех способах мышления и установках, которые необходимо привить психотерапевту, независимо от того, какая именно теория ему преподавалась и сторонником какой теорий он уже стал.

Процесс супервизии вызывает у супервизуемого переживания своего “Я” и другого (т. е. пациента) в присутствии преподавателя. При проведении корректирующих супервизии рассматривается, какие аспекты взаимоотношений между терапевтом и пациентом запомнились практиканту, каким образом они пришли на память, смысл, придаваемый этим аспектам, а также способ обнаружения этого смысла. Углубление супервизорского процесса требует от студента развития способности описывать результаты своих наблюдений за пациентом, самим собой и своим руководителем, которые могут пролить свет на конфликты пациента и свои реакции на них. Руководитель помогает терапевту развить эту способность. Он стремится развить у студента наблюдательность не только по отношению к другим (прежде всего к пациенту, а также к преподавателю), но и по отношению к себе. Руководитель рекомендует студенту размышлять о значении и ценности, которые он придает таким наблюдениям. Преподаватель и учащийся встречают много препятствий на пути профессионального обучения. В одних случаях это отсутствие необходимой компетентности при проведении корректирующих супервизии, в других — обучению мешает ограниченная способность к размышлениям и переживаниям. Иногда таким препятствием становится чувство стыда по отношению к своим переживаниям и незнание того, как их обсуждать. Чувство безопасности имеет решающее значение для успешного проведения супервизии, и тем не менее в процессе обучения чувство собственного достоинства нередко ущемляется. Рассматриваются подходы, которые могут помочь практиканту чувствовать себя в безопасности и поэтому свободно выражать себя на консультациях.

Супервизия — это процесс, во время которого супервизор и супервизуемый вместе узнают что-то новое — о пациенте, друг о друге, о себе. Конечно, в профессиональном статусе и компетентности преподавателя и студента имеются различия, благодаря которым они приобретают в процессе проведения супервизии разный опыт. Невозможно отрицать существование этих различий; иногда их необходимо открыто признать и обсудить. Мы подробно остановимся на том, когда и как необходимо проводить такого рода обсуждения.

Эта книга предназначена для преподавателей психотерапии и психоанализа. Поскольку основное внимание в ней уделяется не содержанию преподавания, а педагогическим процессам и корректирующим подходам, мы полагаем, что она будет полезна читателям с самой различной профессиональной специализацией и теоретической ориентацией. Несмотря на то что наш труд преследует преимущественно супервизорские задачи, мы считаем, что и практиканты могут использовать эту книгу в качестве руководства для своего образования.

Книга начинается с краткого очерка истории супервизорства, в котором рассматриваются противоречивые представления, возникшие среди преподавателей, о том, как лучше преподавать, т. е. те представления, с которыми нам приходится бороться и по сей день. Затем рассматривается начальный этап супервизорского процесса, который нередко определяет общую атмосферу и способ общения. Исследуются различные подходы к начальному этапу. В третьей и четвертой главе рассматриваются способы мышления, которые, как мы считаем, практикант обязательно должен освоить. Мы обсуждаем значение этих способов мышления и приводим примеры их оптимального развития. Разумеется, обучение протекает в межличностном контексте, но в какой степени личным он должен быть? Какие опасности и блага таит в себе саморазоблачение для преподавателя и его подопечного? Эти вопросы рассматриваются в пятой главе. Умение распознавать аффекты, терпимо относиться к ним, а при необходимости и обсуждать их, имеет важное значение для квалифицированного терапевта. Подходы к решению этих проблем в супервизорстве — тема шестой главы. Оценив этап и способ обучения студента, тип формируемых им межличностных отношений и его способности анализировать аффекты супервизор осуществляет выбор корректирующего вмешательства. В седьмой главе характеризуются типы вмешательства и рассматриваются методы выбора среди них. Обучение нередко приводит к ущемлению сформировавшегося чувства собственного достоинства. В процессе лечения терапевт порой узнает о пациенте и о самом себе больше, чем собирался узнать. Он сталкивается со способами мышления и переживания (у своих пациентов и супервизоров), которые отличаются от его собственных. Такие ситуации воспринимаются как вызов чувству собственной самооценки. Для обеспечения максимальной эффективности своего вмешательства супервизор вынужден дозировать его в такой степени, чтобы постоянно поддерживать чувство профессионального и личного благополучия своего подопечного, когда он рекомендует ему расширить свои знания и эмоциональные переживания. Вопросы подобной дозировки и влияние на нее чувства самооценочного самого наставника составляют предмет исследования восьмой и девятой главы. Несмотря на наличие многочисленных публикаций, посвященных заключительному этапу лечения, завершение супервизии исследовалось редко. Роль супервизора в оказании помощи при формировании заключительного этапа может оказать глубокое влияние на опыт проведения супервизии в целом. Проблемы завершения супервизорского процесса и связанные с ним переживания, приятные и неприятные, рассматриваются в десятой главе. В “Супервизорстве” приводится много примеров из нашей практики преподавания и обучения. Кроме того, мы использовали в книге консультативный опыт тех преподавателей, с которыми нам доводилось встречаться на занятиях, а также на национальных и международных конференциях и семинарах по данному предмету.

Сложность проведения супервизии не позволяет нам дать окончательные ответы на многие вопросы, поставленные в этой книге. Поделившись своими мыслями и опытом, мы

надеемся помочь читателям лучше сформулировать собственное отношение к данному предмету. Совпадают ли наши взгляды и взгляды читателей, представляется нам менее существенным, чем пробуждение в читателях стремления добраться до сути супервизорского процесса и изложить свой подход к нему.

Супервизорский процесс таит в себе много неисследованного и неизвестного. Например, нам необходимо многое узнать о нем с точки зрения практиканта. Мы поддерживаем идею проведения специальных семинаров и дискуссий, в которых практиканты могли бы поделиться своими впечатлениями о процессе обучения. Более того, проведение регулярных исследований и дискуссий о целях и методологии супервизорского процесса должно стать неотъемлемой частью нашей профессиональной жизни и жизни учебных заведений, в которых мы преподаем. Эта книга — ступенька лестницы нашего совершенствования в качестве преподавателей. Мы надеемся, что, прочитав ее, преподаватели станут размышлять, читать, обсуждать и писать о своем опыте консультационной работы, а это оживит дискуссию о том, как сделать супервизорский процесс более осмысленным для преподавателя и учащегося.

Глава 1

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СУПЕРВИЗОРСТВА

Когда первокурсник психиатрического факультета спросил своего супервизора, доктора Элвина Семрада, как часто он должен встречаться со своими пациентами, Семрад ответил: “Настолько часто, насколько сможете вытерпеть друг друга” (Smith, 1993). В наше время, когда расходы на здравоохранение растут, такой совет может показаться в высшей степени непрактичным, но в нем есть свой резон. Чтобы поближе познакомиться с жизнью другого человека, студенту понадобится немало времени. Он должен погрузиться в глубины сокровенных мыслей, фантазий и чувств своего пациента. А ведь бывают моменты, когда такое погружение невыносимо и для терапевта, и для пациента. Понятно, что для осуществления подобного погружения студент, овладевший азами своей профессии, нуждается в руководстве. Тогда он обращается к наставнику с просьбой помочь ему разобраться в своих многочисленных наблюдениях, впечатлениях и эмоциональных реакциях. Нередко, стремясь узнать новое, практикант испытывает перед этим новым страх.

В настоящее время наставники со своими подопечными обсуждают самые разные виды терапии. Они приобретают знания в области психотерапии, ориентированной на вопросы инсайт, обсуждают проблемы вмешательства на этапе кризиса, краткосрочной терапии, лечения расстройств поведения, психофармакологии, а также проблемы групповой и семейной терапии. Любой из этих видов терапии должен строиться на психодинамической основе. Понимание конфликтов и защитных механизмов пациента, его ценностей, стремлений и способов общения с людьми помогает врачу-клиницисту разработать план лечения, который является приемлемым и осмысленным для пациента. Практическое освоение психотерапии (любого вида), при котором акцентируется важность погружения практиканта и в переживания пациента, и в свои реакции на них, развивает у терапевта способность понимать своего пациента и определять оптимальную манеру общения с ним и вид необходимой помощи.

Оценка супервизором участия студента в терапевтическом процессе основана на терапевтическом опыте самого супервизора, на его отношении к студенту и пациенту последнего, личных амбициях и проблемах супервизора, а также на его понимании того, чему должны научиться студенты, чтобы стать квалифицированными терапевтами. Путем взаимодействий со студентом супервизор помогает ему сделать заключение на основе данных, полученных в процессе терапевтической практики. Данные могут варьироваться в

диапазоне от “объективных” наблюдений за пациентом до субъективных впечатлений о нем, от фактов из жизни пациента до фантазий о нем. В свою очередь, супервизор также когнитивным и эмоциональным образом реагирует на подопечного и соответственно на образ пациента, выстраиваемый в сознании супервизора с помощью студента. Пациент, о котором беседуют супервизор и студент, не является реальной личностью, существующей вне стен консультационного кабинета, поскольку его образ создается на основе чувственных восприятий (наблюдений, эмоций и конфликтов) терапевта. Степень понимания супервизором пациента зависит от способности практиканта дать пациенту полную характеристику. В тех случаях, когда супервизор оказывается не способным воссоздать образ пациента, сделать заключение о взаимоотношениях пациента и терапевта, он приступает к дополнительным расспросам своего подопечного. Сотрудничество супервизора и стажера в изучении пациента — акт творческий, который разворачивается в “потенциальном пространстве” между наставником и его подопечным, в герметичном пространстве воображения и наблюдения, понимания и непонимания, объективности и субъективности.

Для того чтобы подобное сотворчество состоялось, необходимо соблюдение следующих условий. В процессе обучения супервизируемый должен уметь (или научиться) стойко переносить крушение своего субъективного мировосприятия и жить с ощущением собственной уязвимости, нередко сопутствующей новому познанию. Он должен уметь организовать свои субъективные способности для получения новой информации о себе самом и своем пациенте, при этом оценивая свой потенциал критически. Помощь в подобном сложном процессе оказывает супервизор. Но последнему следует иметь в виду, что помощь необходимо оказывать, руководствуясь педагогическим подходом, учитывая различия между супервизией и терапией, между навязыванием определенного подхода к лечению и толерантностью к формированию у стажера своей собственной позиции, между помощью в лечении пациента и неожиданной интерпретацией процесса лечения.

Супервизор и супервизируемый стремятся создать язык, адекватный их общей задаче и потребностям пациента. Создать подобный язык далеко не просто. Для этого необходимо много времени, терпения и веры в то, что общая языковая основа, необходимая для понимания и выражения материала, будет найдена. В благоприятном случае консультационный диалог может приобрести широкий масштаб, позволяющий углубить общение, которое способно обогатить и придать новизну подходу супервизора и стажера к пациентам, к самим себе и к процессу, к вопросам роста и изменения. Данный процесс и роль супервизора в консультационном диалоге будут рассмотрены в контексте анализа процесса супервизии в психотерапии с психодинамической ориентацией и психоанализе.

Преподаватели и учащиеся интересуются, как правило, характером и природой супервизии, задаваясь вопросами, в чем заключается сходство и различие в обучении психотерапии и супервизии? Насколько “глубоко” личным должен быть консультационный процесс? Насколько болезненным должен быть процесс роста и изменения? По мнению Фелмана (1991), подлинный процесс обучения включает в себя труднодостижимую фазу личностной трансформации преподавателя психоанализа и учащегося.

“Преподавание как таковое может состояться лишь в условиях определенного кризиса. Преподавание, не содержащее кризисную ситуацию, ситуацию ранимости или эмоционального взрыва, приобретающего (в явном или неявном виде) непредсказуемый масштаб, можно считать несостоявшимся. В таком случае происходит лишь передача определенной информации и обмен документами... Преподавание и психоанализ должны проходить кризисную фазу. Преподавание и психоанализ должны быть не только когнитивными, но и действенными, поскольку они стремятся обеспечить и вызвать изменение. Интерес для такого преподавания и психоанализа представляет не столько новая информация, сколько способность реципиентов осуществлять личную трансформацию на основе получения новой информации” (с. 68).

С точки зрения Фелмана, супервизор выполняет роль повивальной бабки, помогающей рождению подлинной сущности. Мы не во всем согласны с Фелманом, поскольку полагаем, что в подобной характеристике процесса преподавания и обучения недостаточно учитывается роль подготовительной работы, которая обеспечивает осуществление трансформации подразумевающей помощь преподавателя в овладевании материалом, терминологией и структурой определенной дисциплины. Разумеется, обе точки зрения на процесс обучения верны. Открытия возможны только тогда, когда к ним уготовлена дорога. Творческие порывы безрезультатны, если они не согласованы с отшлифованным годами мастерством, способным придать им форму.

Самопознание — один из важнейших аспектов профессионального мастерства психотерапевта, необходимого для оказания помощи другим людям. Поэтому неудивительно, что с момента возникновения психоаналитической терапии обучение помощи другим людям было связано именно с самопознанием. Развитие супервизорской практики в значительной мере определялось психоаналитическим направлением, признававшим существенную связь между оказанием помощи людям и потребностью в самопознании. Уже в 1910 году Фрейд придавал особое значение самоанализу, который необходим будущим психоаналитикам. “Мы обнаружили,— писал он,—- явление “контрпереноса”, который возникает у аналитика вследствие влияния пациента на сознательную сферу его чувств, и мы, пожалуй, можем настаивать на том, что он должен признать существование контрпереноса и преодолеть его. Психоаналитики начали делиться друг с другом результатами своих наблюдений, поэтому мы заметили, что ни один из них не выходит за пределы своих комплексов и внутренних защитных механизмов. В связи с этим мы считаем, что психоаналитик должен начинать свою деятельность с самоанализа, чтобы углублять его в процессе наблюдений за своими пациентами” (pp. 144—145). Хотя Фрейд и подчеркивает важность самоанализа, его фраза “пожалуй, можем настаивать” свидетельствует о неуверенности в выборе методик преодоления сопротивления аналитика и его контрпереноса в контексте обучения. Понадобилось еще десять лет, чтобы установить для терапевта критерии проведения самоанализа и различие между самоанализом и супервизией. При консультировании по психоаналитической терапии и психоанализу от преподавателя в первую очередь требовалось научить студента разбираться не только в других, но и в себе и своих реакциях на пациентов. Для успешного проведения корректирующих консультаций от супервизора требуется особенный такт, чуткость и знание границы между дидактической задачей супервизии и терапевтической задачей самого лечения. История супервизорства изобилует интересными спорами о том, где именно должна пролегать эта граница. Раньше обучение динамически ориентированных психотерапевтов было значительно менее формальным, чем в настоящее время. Модель формирования психодинамического психотерапевта создал Фрейд, у которого не было ни наставников, ни консультантов, ни курсов подготовки, кроме тех, которые он проводил сам. В начале двадцатого века теоретические семинары по психоанализу с обсуждением клинических случаев проводило Психологическое общество в приемной Фрейда один раз в неделю по средам. Состав общества со временем менялся, но число его членов оставалось небольшим. Макс Граф, музыковед, который был одним из первых участников заседаний, описывает их следующим образом: “Заседания проводились в соответствии с определенным ритуалом. Сначала один из членов общества делал доклад. Потом подавали черный кофе с пирожными. На столе лежали сигары и сигареты, которые выкуривались в огромном количестве. После дружеского застолья начиналось обсуждение. Заключительную речь всегда произносил сам Фрейд” (Gay, 1988, p. 174).

В то время психоаналитиками становились преимущественно те, кто интересовались психоанализом. Фрейд вспоминал об этом времени так: “Вокруг меня собралась группа молодых врачей, заявивших о своем намерении изучать, практиковать и распространять

психоанализ” (Jones, 1953—57, p. 173). Фрейд и его последователи полагали, что, передавая свою теорию будущим аналитикам, они вручают им ключ к пониманию бессознательного. Они недооценивали сопротивление личности психоанализу (Kovacs, 1936).

Со временем подвергать практиканта психоанализу стало первой необходимостью. Обучающий анализ, по мнению Ковача, “мог бы раскрепостить его натуру, утратившую гибкость по вине привычки к автоматическому поведению, и показать ему, что в нем таится много нереализованных возможностей. Такой анализ позволил бы ему подходить более лояльно к проблемам пациентов, структура личности которых диаметрально противоположна его собственной”. В 1924 году, в Берлине требования к психоаналитическому образованию включали шестимесячный курс обучающего анализа.

Прежде всего необходимо отметить, что Фрейд был единственным наставником. И тем не менее почти ничего не было написано о его супервизорской деятельности, которая в основном носила неформальный характер и не имела установленных ныне границ. В то время было мало что известно о нюансах, интенсивности и длительности переносов в лечении и обучении, поэтому взаимоотношения между аналитиками и пациентами, преподавателями и учащимися складывались, с современной, точки зрения, малоприемлемым образом. Экспериментальный подход в психоанализе на первых его этапах носил более неформальный характер. Так, например, Фрейд супервизировал мужа своей пациентки по поводу лечения их сына. Историю болезни “Маленького Ганса” можно читать как описание первых корректирующих консультаций.

У Герберта Графа [которого Фрейд назвал “Маленьким Гансом” в “Анализе фобии пятилетнего мальчика” (1909)] сформировалось чувство страха перед лошадьми, доставлявшее ему серьезное беспокойство. Он боялся, что его может укусить лошадь, что одна из больших лошадей, которые возят почтовые кареты, может упасть. В результате этих иррациональных страхов он боялся смотреть на лошадей и приближаться к ним. Он перестал выходить на улицу, поскольку ему казалось, что на венских улицах ему непременно повстречаются лошади. Мать мальчика была пациенткой Фрейда, который был знаком с Гербертом и подарил ему подарок в день трехлетия (Gay, 1988). В 1908 году, когда фобия у этого смышленого резвого мальчика приобрела изнурительный характер, Фрейд предпринял лечение мальчика почти полностью через его отца.

В стремлении помочь своему сыну Макс Граф проводил с ним беседы и об их результатах подробно сообщал Фрейду. Граф, подобно многим начинающим терапевтам (и отцам), по-своему расценивал страхи, вызывающие страдания у своего сына. Их причину он видел в чрезмерном половом возбуждении, вызываемом слишком заботливой матерью, и в чувствах вины и страха, испытываемых мальчиком в связи с онанизмом. В процессе лечения супервизор Графа предпринял дальнейшую работу собственной теории. Лечение детского невроза у Герберта позволило Фрейду получить клиническое подтверждение явлению, которому он дал теоретическое обоснование в “Трех эссе о теории сексуальности” (1905), а также подтверждение своих теорий об эдиповом комплексе. Фрейд, будучи в первую очередь психоаналитиком-исследователем, а потом уже супервизором терапевта-любителя, установил, что причина фобии у Герберта коренилась в подавленном эротическом влечении к матери и в бессознательном желании устранить своего отца. Пытаясь справиться с непонятными для ребенка желаниями, мальчик испытывал фобию и такие чувства, как отвращение и стыд.

История болезни “Маленького Ганса” не только проливает свет на детскую сексуальность и эдипов комплекс, но и содержит первое подробное описание психодинамически ориентированной супервизии. Фрейд, по-видимому, не совсем осознавал, насколько дезориентирующим может быть его наставничество для всех участников этой истории, поэтому иногда трудно понять, кто лечит Герберта: Фрейд или отец мальчика. Фрейд, контролируя ход лечения, в основном выдвигал предположения и давал

дидактические рекомендации. С помощью подобного, далекого от совершенства педагогического подхода терапевт достиг более глубокого понимания психодинамики пациента, супервизор получил возможность дальнейшей разработки своих идей, а пациенту стало лучше.

В супервизорской ситуации Фрейд столкнулся с некоторыми проблемами. Супервизорам известно, что Фрейд весьма часто выражал неодобрение по поводу метода старшего Графа: “Вместо того чтобы дать мальчику высказаться, он задает слишком много вопросов и проводит исследование в соответствии со своими взглядами”. (Возможно Граф копировал стиль исследования своего наставника!) Фрейд опасался, что дальнейшее лечение в таком же духе может лишь усугубить проблемы пациента. Когда лечение зашло в тупик, терапевт привел своего пациента на консультацию к своему супервизору. Эта встреча помогла продолжить лечение и в сознании мальчика закрепила мысль о том, что в данном мероприятии участвует более авторитетный специалист, чем его отец (терапевт). В одной из бесед Герберт выразил свое несогласие с отцом-терапевтом и порекомендовал ему проконсультироваться у своего супервизора. Когда Герберт сообщил терапевту (отцу) о возникшем у него желании, чтобы его младшая сестра упала в ванну и утонула, терапевту был” трудно отнестись беспристрастно к такому заявлению и он ответил пациенту (сыну): “В таком случае ты останешься один у мамочки. У хорошего мальчика не должно быть таких желаний!” Вероятно, предлагая подавить подобные желания, терапевт показал пациенту, к чему они могли привести. Но Герберт не обратил внимания на возможные последствия, усмотрев в этом замечании лишь осуждение. Он попытался оправдать свои желания и прийти к компромиссу со своим терапевтом. Когда отец продолжил разговор, мальчик (пациент) почувствовав, что не найдет у него поддержки, апеллировал к образу более компетентного и чуткого супервизора. Мальчик отказался отречься от своих желаний и бессознательно призвал на помощь Фрейда, посоветовав своему отцу написать о своих умозаключениях профессору. С тех пор многим терапевтам и консультантам приходилось выслушивать от своих пациентов намеки на существование более авторитетного специалиста, например: “Надеюсь, вы обсудите этот вопрос со своим супервизором” или “Вы поговорили со своим супервизором после нашей последней встречи?” В случае Графа терапевт является отцом пациента и поэтому, наряду с необходимостью самому во всем разобраться, вынужден многим рисковать, например, благополучием своей малолетней дочери. Но даже в том случае, если у современных терапевтов нет родственников среди пациентов (как в случае Графа), они иногда занимают позицию, в которой явственно проступает оттенок неодобрения мыслей и поступков своих пациентов. Такое осуждение всегда ограничивает свободу пациента в самовыражении, развитии и самооценке и основанных на них жизненно важных решениях.

Представленная здесь модель супервизорской консультации носит ограниченный характер. Описывая историю болезни маленького Ганса, Фрейд не разрабатывал определенную теорию и методику преподавания. Граф оказался всего лишь посредником между Фрейдом и своим сыном, а не независимым терапевтом. Более того, пациент осознавал, что его терапевт нуждается в помощи, получаемой им у более компетентного терапевта. И, наконец, подобные супервизии не ставили своей целью обучить Графа профессии терапевта, так как он был специалистом в другой области. Тем не менее, эта история болезни содержит интересное описание одной из форм супервизорской практики и иллюстрирует супервизорский процесс, пренебрегающий непосредственно самим обучением, процесс, во главу которого поставлен пациент, находящийся на излечении, а не обучающийся практикант. В связи с этим у терапевта нередко возникает чувство, что он выполняет роль проводника между супервизором и пациентом.

Макс Граф был не единственным человеком, для которого Фрейд выступал в роли супервизора, хотя сам Фрейд не афишировал это в своих работах. Многие из пациентов

Фрейда были терапевтами, искавшими в процессе психоанализа совета по поводу лечения своих пациентов. После окончания психоаналитического курса они нередко в своих письмах и при личных встречах с Фрейдом обращались к нему с просьбой о супервизорских консультациях. Переписка психоаналитиков, практические сеансы психоанализа, занятия в небольших исследовательских группах, а также международные встречи — все это служило средством передачи опыта и знаний в то время, когда психоаналитическое образование еще не получило официальный статус в учебных заведениях.

Вышеназванная форма образования обладала такими достоинствами, как интимность и энтузиазм. "Вместе с этим,— отмечала Карен Хорни (1930),— в ней совершенно отсутствовала концепция конкретной специализации" (p. 48) От учащегося требовалось только одно — упорство. Будущие психоаналитики начинали свое образование в Берлине и Вене с чтения и обсуждения того, что уже было написано Фрейдом и другими психоаналитиками. В надежде повысить уровень самопознания и овладеть методикой психоанализа они добровольно проходили собственный анализ, длившийся около года. Психоаналитики в свою очередь оказывали профессиональную поддержку своим учащимся, рассказывая им о своих пациентах и приглашая их на занятия в группы изучения психоанализа. На начальном этапе обучения преподавателем обычно оказывался непосредственно сам аналитик, а нередко и просто человек, с которым обучающийся знакомился за пределами консультативного кабинета.

Обучение и супервизорская практика в области психоаналитической теории и методологии носили несистематический ("небрежный", по выражению Греты Бибринг) характер и по большей части зависели от энтузиазма и определенных способностей учащегося и его психоаналитика, чем от самого метода обучения (Fleming and Benedek, 1966, p. 7) Например, в Цюрихе, где впервые преподавание психоанализа проводилось на официальном уровне, а практика осуществлялась в клинических условиях, обучение заключалось в чтении психоаналитических работ, изучении использования ассоциативных тестов Вундта и проведении экспериментов с помощью ассоциативных методик (Kovacs, 1936, p. 374). В это же время в Берлине и Будапеште большее значение в обучении придавалось изучению работ Фрейда.

По мере увеличения числа лиц, желающих стать аналитическими психотерапевтами, кризис в области образования стал нарастать. Старая система профессионального обучения, основанная на личной преемственности, перестала отвечать предъявляемым требованиям. Существенные различия в подходе психоаналитиков к своей работе и неформальной, профессиональной подготовке позволили выявить необходимость структурирования преподавательского опыта. В своем докладе 1930 года о работе Института психоанализа в Берлине Хорни писала: "В течение первых трех лет (1920—1923) количество желающих овладеть профессией психотерапевта-аналитика увеличилось настолько, что предоставление отдельным лицам права приема учащихся и отбора предметов для преподавания утратило всякий смысл" (p. 48). В связи с возрастающим объемом работы, связанной с обработкой заявлений и подготовкой кандидатов, была создана комиссия для отбора поступающих на обучение и разработки учебных планов, послужившая созданию более сильной организации с методикой систематического обучения. Более того, возникающие различия в теории и методологии психоанализа, вызвавшие серьезные разногласия в психоаналитическом сообществе, требовали четко сформулированной цели обучения. На берлинском конгрессе в 1922 году были выдвинуты положения, в соответствии с которыми будущие психоаналитики должны проходить шестимесячную стажировку. При этом серьезное внимание уделялось выбору оптимальных методов по оказанию помощи учащимся в их клинической работе. Установленные на симпозиуме правила профессионального обучения были опубликованы два года спустя. Эти правила содержали требование, согласно которому процесс обучения включал двухлетнюю клиническую стажировку учащихся в качестве анализандов.

Супервизорский контроль за стажировкой был впервые реализована Берлинском институте Карлом Абрахамом, Максом Эйтпнгоном и Георгом Зиммелем. Известно, что идея проведения супервизий возникла тогда, когда Ганс Закс пожаловался Эйтингону, что он слишком устал выслушивать в процессе психоанализа рассказы своих пациентов врачей об их собственных пациентах. Сначала Эйтингон проводил беседы с потенциальными пациентами, определяя для них соответствующих стажеров, а уже потом наступала очередь супервизий. На работу в Берлинскую клинику для преподавания и проведения супервизий поступили также Карен Хорни, Франц Александер, Жанна Ламп и другие психоаналитики. Мы не располагаем надежными сведениями о других лицах, кроме вышеупомянутых, которые могли в то время в Берлине выступать в роли психоаналитиков-супервизоров. Отсутствуют свидетельства и о том, как назначалось то или иное лицо на должность супервизора и как часто должны были встречаться супервизор и его подопечный. Тем не менее, очевидно, что по окончании курса психоанализа стажеры приступали к психоаналитической работе в клинических условиях, находя супервизоров со стороны.

В Будапеште Сандор Ференци и Отто Ранк (1924) использовали подход к образованию, отличный от берлинской модели. Они полагали, что супервизорский анализ должен служить продолжением психоанализа стажеров. По их мнению, терапевт должен начинать психоаналитическую работу с пациентом тогда, когда он сам является анализандом. При этом он должен использовать опыт, приобретенный в качестве объекта психоанализа, для исследования взаимоотношений с пациентом и изучения механизмов сопротивления, связанного с проведением психоаналитической работы. Этот подход формально утвердил то, что осуществлялось потом многими будущими психоаналитиками, а именно: обращение к своим психоаналитикам в процессе психоанализа с просьбой помочь разобраться с проблемами, возникшими в их собственной практике. В процессе психоанализа стажеры нередко получали прямые указания и советы о том, как им следует поступать. Хелен Дейч, например, получила рекомендацию от своего психоаналитика, Фрейда (Roazen, 1969), прекратить проведение психоанализа Тауска. Метод проведения супервизий, которые венгерская школа стремилась систематизировать, обладал определенными достоинствами. Психоаналитик стажера во многих отношениях понимал будущего терапевта лучше других и мог с уверенностью анализировать глубинные аспекты его личности, влиявшие на процесс развития психоанализа. Именно со своим психоаналитиком у стажера была возможность обсуждать с максимальной открытостью и серьезностью свои чувства по отношению к пациенту и их причины. Более того, во время супервизий можно было использовать свободные ассоциации для углубленной психоаналитической работы самого стажера. Венгерский метод подчеркивал то, что уже было отмечено Фрейдом: психоанализ не должен выходить за пределы неразрешенных комплексов самого психоаналитика.

Венгерская методика обсуждалась в 1935 и 1937 годах на двух конференциях “четырех стран”, на которых участники пришли к общему соглашению о том, что реакция стажера на перенос пациента заслуживает особого внимания, а преподавание психоаналитических методов на основе супервизий составляет важный аспект профессионального обучения. Для того чтобы подчеркнуть разницу между супервизией с присущим ей анализом терапии контрпереносов стажера на пациента и психоанализом самого стажера, первое назвали контрольным анализом, а второе — аналитическим контролем. Многие специалисты за пределами Венгрии понимали, что один (обучающий) психоаналитик должен осуществлять аналитический контроль, а другой — отвечать за контрольный анализ (Balint, 1948). Возражения некоторых специалистов сводились к тому, что венгерский метод преподавания психоанализа позволял руководителю практики устанавливать слишком жесткий контроль за процессом обучения и профессионального развития стажера. Эйтингон (1936) полагал, что стажеры должны проходить практику под руководством нескольких супервизоров для более широкого знакомства с их работой. По мнению представителей венгерской школы

положительные стороны такого широкого ознакомления не компенсировали связанного с этим более поверхностного характера супервизий. В том случае, если супервизор не выступал в роли психоаналитика терапевта, его способности понимать причины реакций стажера-терапевта на своего пациента существенно ограничивались. Хотя возможность передачи информации при этом и сохранялась, но и для подопечного, и для супервизора исключалась вероятность возникновения кризисов и сомнений в правоте собственного мнения. Ковач писала по этому поводу:

“Подвергая психоанализу стажера, я понимала, в какой степени данный стажер может адаптироваться к окружающей обстановке, однако положение менялось коренным образом, как только он начинал работать с пациентами. Ситуация осложнялась, когда стажер оказывался анализандом у другого психоаналитика. Проводя супервизий по поводу случаев из практики терапевтов, я всегда была вынуждена признавать, что сталкиваюсь с огромными трудностями. Я не могла сориентироваться даже на отчетливо выраженную патологию, так как не была достаточно знакома со структурой личности стажера и присущими ему типами реагирования. Кроме того, я не могла понять, как он оценивает различные ситуации, о которых он рассказывал. Трата сил, приложенных к этой работе значительно превышала полученные результаты. Такая работа не доставляла удовлетворения ни мне, ни стажеру” (Moreau, 1970, p. 83).

Эти замечания остались незамеченными. В 1990 году Иштван писал:

“В настоящее время только я применяю такой метод обучения психоаналитиков. Воссозданное Венгерское психоаналитическое общество осуществляет свою деятельность в соответствии с рекомендациями КПО МПА (комитет профессионального обучения при Международной психоаналитической ассоциации). Только глубокое исследование бессознательного, наличие интерпретаций и контроль контрпереносов, возникающих в терапевтической психоаналитической ситуации, позволяют стажеру достичь разнообразных толкований... Этого невозможно осуществить в условиях супервизий, преследующих лишь педагогические цели”.

Эти мысли нашли подтверждение в докладе Харриса и Рагена (1993) о “взаимной супервизий”, в котором авторы приводят описание “консультации коллеги, который получил право проводить одновременно психоаналитическую и супервизорскую работу” (p. 199).

В конце тридцатых годов многие институты отказались от венгерской модели образования. И тем не менее супервизоры продолжали, пусть не столь отважно, как Харрис и Раген, исследование оптимальных методов интроспекции и проблемы контрпереноса в супервизорской ситуации. Гротьян (1955) и Кайзер (1956) полагали, что в последнем случае супервизорский контроль за работой стажера со стороны его психоаналитика может принести определенную пользу. Блицштейн и Флеминг (1953) утверждали, что супервизорский контроль за проведением психоанализа включает терапевтическую работу со стажером: “Квалифицированные супервизий помогают учащемуся разобраться в своих проблемах, неразрешенных конфликтах, которые мешают стать ему компетентным психоаналитиком и успешно их проработать” (p. 119). В 1963 году Дебель отметил, что в литературе отсутствует опровержение точки зрения Ковач. В том же году Арлоу предпринял попытку определить рамки супервизорской ситуации: “Вмешательства и наблюдения супервизора ограничены, поскольку оказываются поверхностными. Они лишь приблизительно затрагивают бессознательные мотивации стажера и поэтому их нельзя считать равноценными интерпретации терапевта... Неизменным остается тот факт, что в основе супервизий лежит преподавательский опыт” (p. 587).

Данный подход к супервизорскому процессу возник на сложном этапе исторического развития психоаналитической супервизорской практики и был принят всеми психоаналитическими школами, кроме венгерской, согласно которой задача супервизора отличалась от задачи обучающего психоаналитика. До сих пор существуют специалисты, чья

методика проведения психоанализа и супервизорского контроля испытывает влияние венгерской школы. Это объясняется тем, что отступление от венгерского метода в определенной мере блокирует доступ супервизора к “внутренней жизни” подопечного и препятствует глубокому пониманию механизмов контрпереноса. Наряду с этим супервизоры, как правило, с одобрением относятся к подобному подходу, так как он позволяет стажеру сохранить чувство защищенности от опасности переноса, существующей в рамках супервизорского процесса. Таким образом стал возможным педагогический диалог на основе интерактивности и сотрудничества. Грей (1993) отметил: “Требуя супервизий от различных супервизоров, мы возлагаем на стажера трудную ношу. Но другого выхода я не вижу. Необходимость подвергать стажера анализу у разных супервизоров, с их индивидуальными пристрастиями, требование осваивать растущий объем информации и одновременно сохранять независимую самооценку ставит перед кандидатами в аналитики труднодостижимую задачу на пути овладения профессией. Но именно этому и должны учиться супервизируемые” (р. 8). Бакановский (1989) отметил, что подключение к работе супервизора позволяет стажеру взглянуть на психоанализ с иной точки зрения, отличающейся от взглядов его психоаналитика. Присоединение третьего лица к совместной работе стажера и психоаналитика предоставляет возможность стажеру внести коррективы в свое представление о психоаналитике и более осторожно подходить к оценке собственного психоанализа. Достоинства такого подхода очевидны, но следует отметить, что возможности многостороннего супервизорского диалога и диапазон понимания каждым супервизором своего подопечного ограничены.

В то время, когда психоаналитики размышляли о природе психоаналитической супервизий, работники социальных служб занимались исследованием психодинамики супервизий при оказании помощи нуждающимся людям. Деятельность административных консультаций, возникших в конце прошлого столетия для лиц, стремившихся улучшить свое положение с помощью социальных услуг, приобрела к тридцатым годам нынешнего столетия значительно более сложный характер. Созданные в двадцатые годы школы готовили профессиональных работников социальных служб, которые, под влиянием идей психоанализа, проявляли интерес к индивидуальным исследованиям условий жизни неблагополучных семей и нуждающихся. Многие работники социальных служб обратили внимание на индивидуальную психодинамику, которая рассматривалась как результат и активный фактор существующего социального положения нуждающихся. Такой интерес способствовал разработке сложной теории супервизорской практики в области социальной работы. Например, Робинсон (1936) отмечала, что стажеры переносят способы установления личных контактов, основанных на их личном опыте, на работу с пациентом или супервизором. Задача супервизора, по мнению Робинсон, состояла не в исследовании опыта учащегося, а в пристальном изучении его тактики установления личных контактов, необходимой для использования в текущей работе, а также в том, чтобы “предотвратить использование приемов, пригодных только для предыдущих ситуаций” (р. 6). Однако не всегда было понятно, каким образом это достигалось на основе педагогического процесса.

Недостаточные знания бессознательной сферы стажера, его личной биографии и системы взглядов в терапевтической работе ставят трудную задачу перед супервизорами, требуют от него значительных интеллектуальных затрат. Супервизоры должны создавать новые пути в достижении понимания, оценки своих подопечных и отношения с ними, которые существенно отличаются от методов, применяемых психотерапевтами в работе с пациентами или клиентами. Наличие ограниченных сведений о своих подопечных обязует супервизора оптимально определять способы мышления и обучения учащихся, возможные препятствия на пути обучения и методы их преодоления. Умея оценивать успехи в обучении, супервизоры, наряду с ответственностью за обучение стажеров, должны чувствовать свою ответственность за соответствующую заботу за наблюдаемым пациентом. Нести эту двойную

ответственность особенно нелегко в том случае, если стажер испытывает трудности в процессе обучения в то время, когда его пациент нуждается в экстренной помощи. Здесь супервизор может занять директивную позицию, указав стажеру, что нужно делать, и объяснить, почему необходимы данные терапевтические вмешательства. Иногда для оказания помощи учащемуся в критической ситуации супервизор предпочитает сам провести беседу с пациентом подобно Фрейду в случае с маленьким Гансом.

Отсутствие у Фрейда интереса к созданию теории преподавания и проведения супервизий оказало влияние и на его последователей, которые стали уделять мало внимания этому вопросу. Работники социальных служб Робинсон (1936) и Кадушин (1976) разработали теорию супервизии, но их ценные изыскания остались без должного внимания специалистов в других областях знаний. Нередко супервизоры начинали преподавание без достаточной подготовки в теории и методике супервизий. Психолог Стичински (1980) указывал на то, что начинающие супервизоры должны использовать опыт своей работы в качестве стажеров, преподавателей, терапевтов, исследователей, сотрудников и консультантов, чтобы приспособиться к выполнению новой задачи: “Получение разнообразного опыта предусмотрено в большинстве традиционных программ клинической стажировки, которые, вероятно, редко ставят своей целью преобретение супервизорских навыков” (р. 29). Гесс (1987) утверждал, что для практики психотерапевтической супервизий не достаточно одной лишь компетентности психотерапевта, поэтому для работы и в этой и в другой областях необходимы различные виды обучения. Несмотря на это утверждение, в области супервизий до сих пор отсутствуют согласованная теория, признанная методика и четко сформулированные цели, с помощью которых можно определить уровень развития супервизий. Каждый супервизор использует знания, почерпнутые из чтения книг и неофициальных бесед с коллегами, и на основе различных теорий супервизий создает свою концепцию. Несмотря на множество работ и статей таких опытных клиницистов, как Валлерстайн и Дюваль, теория, практика и цели супервизий остаются неясными для многих супервизоров и учебных заведений. Клиницисты достаточно подготовлены, чтобы размышлять о теории и методах работы в области психотерапии. В то же время они не обязаны иметь определенное мнение о супервизий. Супервизоры нередко применяют к супервизорской ситуации то, что им известно о психотерапевтической психодинамике. Поэтому в описаниях ситуаций супервизор-ского обучения они пользуются терминологией, предназначенной для описания пациентов и их патологии.

Данная книга предлагает модель супервизий и терминологию, не опирающиеся на ннтрапсихнческие конфликты учащегося, и дает соответствующую терминологию клинической патологии для описания педагогического процесса. Особое значение мы придаем процессу подробной фиксации оценки развития учащегося, его способностей в работе со своими пациентами. В прошлом преподавание психотерапии во многом зависило от авторитета супервизора, который объяснял стажеру, как он должен лечить своего пациента, и который определял ключевые аспекты в сообщении стажера. Мы создали модель, которая призывает супервизора и стажера к сотрудничеству и совместным открытиям. Модель, как нам кажется, характеризующуюся меньшей иерархичностью и большей коллегиальностью.

Роль авторитета и его полномочий издавно составляет предмет широких обсуждений. На ранних этапах развития психоаналитической супервизии Хелен Дейч предупреждала о стремлении супервизора навязывать своему учащемуся свою теорию и методику. “В рамках методики, разработанной Фрейдом,— писала она в 1935 году,— каждый индивид находил методы и варианты, которые соответствовали его личности. Таким образом, стажер получал разрешение самостоятельно преодолевать трудности и тем самым сохранять индивидуальность в своей психоаналитической деятельности. Посвящение стажера супервизором в тайны своих методов и технических нюансов чисто личного характера

следует признать одной из самых серьезных ошибок, которые может сделать супервизор” (р. 62).

Несмотря на это предупреждение, в сознании многих супервизоров запечатлелись авторитетные слова Фрейда (1914): “Мне достаточно хорошо известны трудности, поджидающие тех, кто приступает к занятиям психоанализом и надеется обойти их, если руководителем будет назначено авторитетное лицо” (р. 329). В прошлом вместо совместного исследования в терапевтической деятельности существовала авторитарно-иерархическая система, в которой полученные знания передавались от одного поколения к другому. Супервизия рассматривалась преимущественно как педагогическая деятельность, поэтому многие специалисты считали возможной разработку собственных методов преподавания и учебных планов. Супервизоры социальных служб подходили к выполнению этой задачи боле'е серьезно, чем психоаналитики, которые нередко заимствовали из психоаналитической методики менее структурированный подход в процессе осуществления супервизорской задачи. Например, Дейч (1935) считала, что осуществляемое стажером конспектирование в процессе психоанализа “дестабилизирует интуитивное начало молодого психоаналитика и заставляет его чрезмерно сосредоточиваться на интеллектуальной обработке материала”. Дейч рекомендовала разрешать стажеру “воспроизводить материал на основе свободных ассоциаций” (р. 65).

Несмотря на существенные различия в подходах, многие из первых супервизоров производили впечатление специалистов, знающих, как необходимо вести обучение и лечение в клинических условиях. Они скрупулезно составляли план реализации супервизорской задачи. Ощущение совместного исследования супервизора и стажера, по-видимому, было утрачено по вине уверенности супервизоров в том, как следует поступать, и компенсировалось для многих учащихся за счет структурирования педагогического процесса и указаний, получаемых от супервизоров. Работа Кадушина “Супервизия в социальной сфере” (1976) содержит конкретный перечень принципов, методов и указаний, которых должен придерживаться супервизор. Робинсон (1936) дает начинающему супервизору рекомендации, которые почти не отличаются от рекомендаций начинающим школьным учителям. Начинающий сотрудник социальной службы, приступая впервые к проведению супервизий, выступает в роли ученика не только в новом для него виде деятельности, но и в самой социальной сфере. Ему предстоит многое сделать, чтобы по своим подходам определить свое отличие от ученика... Ему придется деспотично отстаивать это отличие, соблюдая все формальности. Необходимо строго соблюдать время, отведенное на консультацию, содержание которой по каждому конкретному случаю необходимо заранее определять” (р. 281). К предварительному планированию добавляется требование, в соответствии с которым перед каждой встречей стажер обязан представить супервизору свои рабочие материалы в письменном виде. Такой подход позволяет супервизору проанализировать работу стажера и заострить внимание на тех аспектах теории и методики, с которыми стажер должен в первую очередь ознакомиться во время терапевтической практики. При всей спорности такого подхода к супервизорской практике его цель заключается в том, чтобы помочь стажеру и супервизору рассмотреть те аспекты случая, которые имели существенное значение для формирования стажера как клинициста.

Описание и примеры практического применения подробного дидактического, а в чем-то и авторитарного подхода можно найти в новаторской работе Флеминга и Бенедека “Психоаналитическая супервизия” (1966). Авторы свидетельствуют, что на многих консультациях супервизоры объясняют стажерам то, что им следует знать. В свою очередь стажеры должны также дидактически наставлять пациентов. Таким образом, акцент на совместное исследование, диалог, в котором ни один из участников не знает, как лучше поступить, и в котором тем не менее оба участника делают открытия, помогающие пациенту и терапевту выразить свое мнение, выносится за рамки супервизорского процесса. Например,

в случае, описанном Флемингом и Бенедеком (р. 109), стажер начинает консультацию с вопроса: “Может быть, начнем с проблемы, связанной с обучением, возникшей на последней консультации, или же поговорим о пациенте?” Стажер, желая решить проблему, с которой он не может справиться самостоятельно, идет на компромисс с супервизором. Предлагая стажеру изложить суть проблемы, которой тот столкнулся в процессе обучения, супервизор приглашает его к открытому диалогу. При этом он подкрепляет свой авторитет в вопросах выбора направления дальнейшего диалога. Этот метод преподавания отражает точку зрения Флеминга и Бенедека, согласно которой “супервизором обычно является тот, кто на консультации выбирает для рассмотрения не только случай из практики, но и метод его рассмотрения. Под этим подразумевается, что супервизор определяет, каким образом стажер должен анализировать определенный случай” (р. 72). Такой подход не всегда позволяет понять, что именно “видит” стажер, представляет ли выбранное супервизором событие интерес для стажера и дает ли оно стажеру максимальное количество информации, необходимой для проведения анализа.

В ситуации, описанной Флемингом и Бенедеком, супервизор на занятии акцентирует свое внимание на сотрудничестве с учащимся, включая сюда “реакцию переноса на супервизора”, и применяет в обучении модель психологического конфликта.

> Стажер: “Я интуитивно понял, что мне необходимо утвердиться в ваших глазах. Все, что я могу сделать, выполняет определенную роль в процессе моего изолирования... т. е., вначале необходимо рассмотреть процесс, а затем выделить основные моменты. Видите ли, я делаю все возможное, чтобы ускорить и облегчить процесс анализа. Все это, я полагаю, имеет отношение к моему желанию показать вам, как я Вас уважаю”, (р. 111).

Супервизор отказывается обсуждать со стажером свою авторитетность. На данном этапе супервизор предпочитает не расспрашивать стажера о его отношении к супервизии. Он отвечает стажеру таким образом, чтобы подтвердить результаты его самонаблюдения и слегка укоризненно, но деликатно намекнуть ему, что стажер стремится произвести впечатление на супервизора.

> Супервизор: “То, что Вы стремитесь показать мне, является не анализом, а его интерпретацией, что далеко не одно и то же. Это напоминает мне ученика, старающегося показать своему учителю, как много он знает о тех вещах, которые должны быть известны учителям” (р. 111).

Кроме того, здесь предполагается, что подобное стремление сформировалось у стажера независимо от способа преподавания супервизора и супервизорских вмешательств. В анализе ситуации отсутствует указание на то, каким образом супервизор способствовал (если он способствовал) формированию такого отношения стажера к супервизору. Осталась без внимания и самокритика супервизора. Кейсмент (1993) отмечает:

> “Если мне говорят, что мое влияние ощущается в работе стажера с пациентом, то мне следует не только поставить под сомнение отсутствие независимости у стажера, но и проанализировать свою методику супервизии. Не занимаю ли я на супервизиях слишком директивную и догматическую позицию? Не слишком ли я критикую применяемый стажером метод интерпретации? Достаточно ли времени я отвожу стажеру на консультациях и в клинической работе с пациентом для выражения собственных взглядов? Иначе говоря, я должен учитывать, насколько мое мнение ограничивает мнение стажера” (рр. 390—391).

Кейсмент в своей работе описывает процесс изменения подхода к супервизии. В своем

подходе к супервизии и терапии мы учли необходимость уделять внимание выбору способа выслушивания пациентов (Schwaber, 1983, 1992) и теории интерсубъективности (Hofman, 1992). Процесс взаимоотношения в рамках супервизии подвергается в настоящее время более детальному анализу. Работы Валлерстайна “Формирование психоаналитика” (1981) и Дювалю “Процесс обучения в психоаналитической супервизии” (1987) относятся к числу исследований, в которых впервые затронут вопрос самооценки супервизора в контексте общения со своим стажером. Следует ожидать появления новых работ по супервизии, в которых значительное место будет отведено опыту супервизоров, поскольку уже сейчас наметилась тенденция к открытому обсуждению чувств и реакций психоаналитика (Jacobs, 1991; Mclaughlin, 1981). Исследование таких реакций до сих пор ограничивалось рамками самоанализа и супервизии, но теперь становится предметом широкого обсуждения. Подобные исследования представлены более чаще в форме искренних описаний и открытых переживаний супервизируюмого, чем супервизора (Dick, 1987, Crik, 1991).

Работы Когута (1971, 1977) повлияли на отношение к супервизор-скому процессу и обратили внимание на необходимость учитывать индивидуальные качества п чувство собственного достоинства не только пациента, но и супервизируемого. Наряду с последними работами Натансона (1987) и Моррисона (1989) исследования Когута позволили более полно учесть и в супервизии роль чувства стыда, поскольку педагогический процесс требует анализа переживаемых чувств. Робинсон отмечала, что сформировавшееся у работника социальной службы в период обучения чувство собственной идентичности может препятствовать задачам процесса обучения. Необходимое изменение подобного самоощущения невозможно осуществить без дестабилизации привычных способов мышления и поведения. Таким путем происходит изменение и формирование личности профессионала.

В следующих главах мы рассмотрим особенности переориентации чувства самости, оптимальные методы педагогической оценки и попытаемся описать такую переориентацию в терминах изменения мышления обучающегося и использования им своих чувств. Мы подробно остановимся на результатах воздействия обучения на чувство самооценки. В свете отказа от использования венгерской модели, которая привела к сужению горизонтов понимания супервизором своего подопечного, мы рассмотрим способы и педагогические задачи супервизорского анализа чувств супервизируемого. Мы опишем роль супервизора в оказании помощи при осуществлении внутренних изменений: сначала на основе точной оценки способов мышления, воображения и чувствования учащегося, а затем с помощью своевременных супервизорскнх вмешательств, обеспечивающих в рамках супервизии совместный процесс обучения.

Мы начнем с рассмотрения первого этапа супервизорского диалога, поскольку именно здесь определяется атмосфера супервизии и способ общения участников консультативной практики, которые в значительной мере определяют интенсивность воздействия супервизии на процесс профессионального роста практиканта.

Глава 2

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП СУПЕРВИЗОРСКОГО ПРОЦЕССА

Начало супервизии включает комплекс внешних впечатлений и ряд предварительных заключений. В стремлениии начать содержательный диалог супервизор и супервизируемый прислушиваются к речи друг друга, ее тону, упорядоченности и направленности. Участники диалога отмечают вопросы, на которых собеседник сосредоточивает внимание, наблюдают за его поведением, манерами сидеть, жестикулировать, смотреть, здороваться и прощаться. При

этом каждый из участников стремится определить, насколько гибок, открыт для сотрудничества его коллега и может ли проблема власти оказать влияние на развитие их отношений. В анализе данной информации учитываются обстоятельства супервизорского процесса, в частности учебная программа, возраст, пол, уровень образования, биография, социальное положение и характер каждого участника. Необходимо в первую очередь определить цель, с которой супервизор и стажер приходят на консультацию, поскольку эффективность супервизорского процесса, в случае неподготовленности обоих его участников к совместному исследованию, как правило, снижается.

Супервизор стремится начать супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд благожелательных вопросов новичку по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сколько у него уже было супервизорских консультаций и оправдали ли они его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества терапевта? С какой областью связывает свою профессиональную деятельность — терапевтической, исследовательской или администраторской? Проходил ли сам курс терапии? Информация о стажере на начальном этапе супервизорства помогает супервизору сориентироваться и выбрать метод проведения консультаций. Супервизор может предложить стажеру задать свои вопросы относительно образования супервизора, его теоретических воззрений и текущей работы.

Супервизору, разумеется, не следует начинать разговор с вопросов, касающихся личной жизни учащегося. Он может поинтересоваться, какое отношение, по мнению супервизируемого, имеют к супервизорскому процессу и ситуации обучения заданные вопросы. На возможные встречные личные вопросы супервизор может не отвечать. Или, скажем, на вопрос учащегося о семейном положении супервизора последний сам задает уточняющий вопрос: а какое значение имеет для супервизируемого семейное положение. Стажера может интересовать возраст своего наставника, в этом случае осторожные, тактичные вопросы супервизора помогут выявить стремление учащегося иметь старшего по возрасту, более опытного преподавателя или более молодого преподавателя, который, по его мнению, будет благожелательно относиться к его проблемам.

Если обучаемый сообщает сведения о своей личной жизни по личной инициативе, супервизору следует рассматривать их с точки зрения способности учащегося к обучению. Например, студентка, сообщившая своему новому супервизору о том, что она недавно родила ребенка, будет проявлять щепетильность в вопросах материнства в случае их обсуждения супервизором. Таким образом, ее материнская роль способна препятствовать обучению. Студентка может испытывать чувство усталости и озабоченности. В то же время это состояние окажется полезным, если супервизора также волнуют последние события в его жизни, о которых узнала студентка (например, повышение по службе, новая должность, серьезная болезнь, публикация, изменение в семейном положении). В таком случае супервизор может оценить едва уловимые изменения, вызванные указанными факторами в своем подходе к супервизорскому процессу. При этом необходимо учитывать возможное влияние этих факторов и на студентку. Дик (1987), например, считает, что серьезная болезнь ее супервизора на начальном этапе, которому не было уделено должное внимание, сыграла определенную роль в ее первых представлениях о супервизоре и повлияла на последующий процесс супервизии. Здесь возникает вопрос о преимуществах или упущениях супервизии в случае обсуждения супервизором с практиканткой проблем болезни супервизора и рассмотрения ими степени вероятности воздействия болезни на супервизорский процесс.

В случае официального обсуждения и оценки работы учащегося супервизором критерии оценки целесообразно обсудить на начальном этапе консультационного процесса, с целью прийти к обоюдному решению выбора критериев. В составлении отчета о работе учащегося супервизор может учитывать оценку учащегося своей работы, добавив к ней свои

замечания. Кроме того, супервизор может предложить стажеру охарактеризовать супервизорский процесс, указав факторы способствования его обучению. В результате супервизор может представить в комитет по профессиональному обучению составленный им отчет о работе учащегося и о своих супервизиях. Даже в том случае, если супервизии проводятся неофициально и не обусловлены временем проведения и обязанностью их оценки, супервизор может предложить стажеру обсуждение консультационного процесса и подведение итогов их сотрудничества. Подобный способ оценок позволяет выявить неучтенные мнения и представления о том, как сделать супервизорский процесс более плодотворным. Если на начальном этапе супервизорства наметилось оптимальное направление работы, то супервизор и стажер скорей всего будут рассматривать супервизорскую работу как процесс сотрудничества, в котором заключения о пациенте, стажере или супервизоре формируются на основе совместных открытий и диалога. Сказанное, разумеется, не означает, что супервизор не обладает достаточными знаниями для передачи их стажеру, а взаимоотношения супервизора и стажера строятся на основе равенства. Напротив, разница в возрасте, образованности и опыте, позволяющие супервизору давать оценку работе стажера, исключает возможность абсолютного уравнивания позиций сторон в подходе к супервизии. Но в рамках контекста признаваемых различий предполагается открытый диалог, способствующий процессу творческой работы стажера.

Несмотря на достоинства, метод совместной оценки нередко сталкивается с глубоко запрятанным сопротивлением. Уже сама мысль о том, что его работа подвергается оценке, может вызывать у учащегося чувство тревоги. Одни стажеры предпочитают, чтобы супервизор составлял отчет о работе без их ведома или участия в его обсуждении. Другим учащимся трудно заниматься самоанализом или оценкой супервизии, в частности, в присутствии супервизора.

Надо сказать, что необходимость совместной оценки встречает не меньшее сопротивление и со стороны супервизоров. Флеминг и Бенедек (1983, р. 232) утверждают, что супервизоры иногда предпочитают не выносить на обсуждение свою оценку работы стажера, чтобы не ограничивать свободу его мнения, являющуюся необходимым условием правильного обучения. В подобных случаях супервизоры говорят о дезориентации, возникающей в результате двойственного положения: супервизор отождествляется с терапевтом, профессиональный долг которого требует воздержания от суждений о пациенте, и с преподавателем, для которого открытое обсуждение оценки работы стажера играет важную роль в процессе обучения. Изаковер (1957) характеризует подобную дезориентацию как “профессиональную болезнь”, мешающую работе супервизора: “По своему профессиональному заданию супервизор является терапевтом, а не пропедевтом. И это обстоятельство, на мой взгляд, играет дестабилизирующую роль... Выполняя функцию пропедевта (преподавателя), аналитики должны обращать особое внимание на тенденцию к переходу от дидактической к терапевтической установке в отношении к учащемуся, в особенности, в супервизии” (р. 186). Терапевтический подход может способствовать нежеланию супервизора оценивать работу учащегося. Система оценок целесообразна только тогда, когда учащийся и преподаватель способны рассматривать ее как одну из функций обучения. Она приобретает естественный характер в супервизии, способствуя на начальном этапе формированию открытого, равного диалога. В том случае, если критерии оценки известны только учащемуся или супервизору, а не обсуждаются на начальном этапе супервизорского процесса, результаты могут оказаться так же неудовлетворительными.

Директор одной психиатрической клиники назначил испытательный срок для сотрудника, работавшего, как считали, неудовлетворительно. В отличие от других сотрудников, которые могли попросить назначить для себя любого из работавших в клинике супервизоров, данному сотруднику вручили список, из которого он мог выбрать любого супервизора. В списке были указаны имена тех супервизоров, которых директор хорошо знал

и уважал. Директор полагал, что он не будет испытывать чувство неловкости, расспрашивая своих коллег о положении дел у стажера. Супервизорам было сообщено о проблемах сотрудника, о том, что их попросят внимательно наблюдать за его работой, сообщая о результатах директору клиники.

Терапевт выбрал в качестве супервизора сотрудницу, которая по общему мнению была отзывчивым человеком и хорошей преподавательницей. Супервизии начались на доброжелательной, но несколько натянутой ноте. Стажер приходил на консультации с готовыми рабочими записями и без промедления приступал к работе с определенным пациентом, но при этом выглядел обеспокоенным. Супервизор чувствовала себя неуютно в этой роли, осознавая, что ее оценка, возможно, сыграет решающую роль в решении вопроса о профессиональной непригодности этого терапевта. После нескольких встреч она поняла причину обеспокоенности других сотрудников в связи, как они считали, с неудовлетворительной работой этого терапевта. Он работал с полной отдачей сил, но не мог толково объяснять суть своего лечения пациентов, равно как и необходимость и суть применяемых им методов. У супервизора сложилось впечатление, что изложение терапевтом рабочего материала было хаотичным и поверхностным, несмотря на множество производимых им записей. Супервизор, не понимая, на каком основании терапевт делает те или иные заключения о своем пациенте, была вынуждена прерывать бесконечный поток сообщений терапевта, чтобы уточнять конкретные данные о пациенте.

Чувство неловкости, испытанное супервизором, и ее стремление придать взаимоотношениям конструктивный характер вызвали у стажера ощущение беспокойства. На супервизиях он выглядел нервным, постоянно поглядывал на часы, много курил. В своем кабинете, где проходили консультации, стажер устанавливал будильник, звонивший незадолго до окончания супервизии. Он объяснял это тем, что у него назначены другие клинические встречи. Это объяснение, по мнению супервизора, служило еще одним доказательством наличия у терапевта идиосинкразии к решению проблем. Супервизорскнй процесс проходил с трудом. Супервизор пыталась определить, что происходит во время терапии, почему терапевт избегает сотрудничества. Составляя отчет для директора клиники, она с самого начала не поняла, насколько серьезно и почему был обеспокоен терапевт. Прежде чем обратиться к совместному с супервизируемым анализу ситуации, она сосредоточила свое внимание на оценке способностей своего подопечного. В случае, когда супервизор и супервизируемый терапевт осведомлены, что за работой последнего ведется пристальное наблюдение, в первую очередь следует обсудить ситуацию, в которой для супервизора обязательным является составление отчета, а для терапевта гарантом спокойного обсуждения своей работы оказывается чувство собственной безопасности. Как относится терапевт к тому, что ему дали испытательный срок? Как он воспринял вручение ему специального списка супервизоров? Почему он решил работать именно с этим супервизором? В чем, по его мнению, состоит цель супервизии, как можно ее достигнуть? Подобные вопросы необходимо открыто и честно обсудить, прежде чем приступать к подробному анализу конкретных случаев из терапевтической практики стажера. Нужно деликатно обратить внимание стажера на то, что он предпочитает уклоняться от такой беседы и стремится перейти к рассмотрению клинических случаев. Эта ситуация служит примером того, как обстановка, в которой протекает супервизорский процесс, может способствовать развитию процесса обучения; насколько необходимо в первую очередь обращать внимание на тревожное состояние стажера.

На начальных этапах консультационного процесса супервизор стремится создать благоприятную атмосферу, в которой мог бы состояться содержательный диалог. Шафер (1992) отметил, что непрерывный диалог имеет принципиальное значение не только для обучения, но и для успешного продвижения в области психотерапии и психоанализа. В связи с этим он считает:

"Успешное продвижение в любой деятельности зависит от непрерывности диалога. Постоянное обсуждение конфликтных ситуаций и разных мнений помогает систематизировать представления о собственных методах, о способе логического мышления, об умении обосновывать свою точку зрения. Диалог позволяет лучше разобраться и в аргументации оппонента. В процессе дискуссии мы находим более убедительную аргументацию в пользу своей точки зрения. В результате такого процесса обучения изменения претерпевают не только вопросы и ответы на них, но и сам предмет обсуждения, которым теперь могут стать более актуальные проблемы. Цели не могут быть определены раз и навсегда" (p. 4).

Атмосфера совместного исследования и непрерывного диалога должна определять ход супервизорского процесса.

Вышеприведенный пример подтверждает, что супервизору следовало помочь стажеру обратиться к рассмотрению его проблемы, препятствующей на пути к плодотворному'диалогу. Различие между диалогом и интервью существенное. Многие супервизии непроизвольно превращаются в интервью, а супервизоры выступают в роли интервьюеров. В подобных случаях супервизоры ограничиваются тем, что задают интересующие их вопросы, используют полученные ответы в своих целях, переводя их на свой язык и адаптируя к своему способу мышления. В супервизорском процессе, построенном по типу интервью, учащийся предоставляет необработанный материал, которому супервизор придает форму и смысл, подлежащие признанию со стороны учащегося. Стажер может использовать супервизорские интервью в качестве модели для психотерапии, которая может получить развитие в его практике. В отличие от интервью диалог позволяет реконструировать смысл поставленного вопроса, и ни один из его участников не обязан признавать то, во что он не верит, или то, что он не понимает.

Одним из основных препятствий к возможному диалогу может быть неспособность супервизора определить степень беспокойства и уязвимости, которые стажер испытывает в новой супервизорской ситуации. Одна молодая практикантка призналась, что справилась с подобными чувствами, заставив себя честно описывать все, что происходило между ней и пациентом. "Мне пришлось вести рабочие записи во время консультации, поскольку я знала, что, отложив их на время, я не смогу засвидетельствовать собственное неумение и неосведомленность. Меня приводили в смятение упущения, отсутствие достаточных знаний и профессионального мастерства. Я понимала, что любое высказываемое мной мнение по поводу взаимопонимания будет слишком примитивным и неполным" (Dick, 1987,p. 452). Чувства беспомощности и смятения нередко сопровождают начальный этап процесса обучения, поэтому для сохранения взаимного достоинства и профессионального роста преподаватель и учащийся должны терпимо относиться к чувствам друг друга (см. главы 8 и 9). Можно утверждать, что недооценка нарциссической ранимости учащегося и отсутствие своевременного анализа этой проблемы в эмпатической манере могут привести к осложнению процесса обучения. Баудри (1993) отметил:

"Супервизорские отношения требуют от стажера личной заинтересованности, способности анализировать свою работу и делиться своими чувствами. Этот процесс создает атмосферу эмоциональной близости, но в тоже время может носить опасный характер. В отличие от аналитических отношений, когда пациентам гарантируют беспристрастный прием, стажеры осознают, что их действия будут подвергнуты критике, оценке со стороны супервизора и их дальнейшая профессиональная деятельность в той или иной степени зависит от оценки, которую они получат. Таким образом, в основе супервизорского процесса заложены парадоксы и конфликты, которые должны быть подвергнуты анализу со стороны обоих участников" (p. 597).

Нижеследующий пример рисует картину того, как проблемы ранимости и образования учащегося могут остаться без должного внимания. На начальном этапе супервизорского процесса возникла кризисная ситуация, решения которой не нашлось ни у супервизора, ни у супервизируемого. В результате этого оба участника потеряли возможность осуществить дальнейший рост в личном и профессиональном плане.

При первой встрече терапевт с трехлетним стажем работы безапелляционным тоном сообщил супервизору, что в прошлом году он уволил двоих супервизоров. Супервизор, которая в свободное от основной работы время проводила консультации, таким образом поддерживая связь с больницей и сохраняя за собой место на медицинском факультете, была поражена агрессивностью этого незнакомого ей терапевта. Работа с ним сулила ей неприятности. Не задумываясь, она ответила: “Я не знала, что вы наняли меня”. С этого момента положение стало ухудшаться. У супервизора нарастало чувство раздражения. Она не поинтересовалась у практиканта о том, что же явилось негативным в процессе обучения, побудившем его отказаться от услуг предыдущих супервизоров. Супервизор не сообразила, что практикант был чрезвычайно обеспокоен мыслью о том, что его действия будут оцениваться, и, возможно, он встретил ее так потому, что опасался именно такого отношения к себе в дальнейшем. Своими первыми высказываниями он дал понять, что не рассматривает супервизию и связанный с ней процесс обучения как сотрудничество. Данный супервизор преследовала цель, которая состояла не в том, чтобы рассматривать затруднительную ситуацию обучения, а в том, чтобы отвлечься от рутинной работы и провести несколько приятных часов в другой обстановке, сохранив за собой место на медицинском факультете. Она невзлюбила практиканта, который помешал ей достигнуть этой цели и нанес урон ее чувству собственного достоинства. Ответ супервизора свидетельствует о том, что она не вполне осознавала мелочность своих целей и не пересмотрела их с супервизорской точки зрения для содействия развитию процесса обучения. Защита от критики превратилась в неприятие терапевтом программы обучения, которая позволяла постоянному работнику отказаться от услуг предыдущих супервизоров, не вникая в суть дела. Супервизор также ощутила свою незащищенность со стороны кафедры, на которой она работала. Терапевт в свою очередь негодовал на программу, которая, по его мнению, взвалила на его плечи непосильный груз супервизии и не предоставила ему времени на завершение клинической и административной работы.

Тот факт, что супервизором оказалась женщина, привел его в еще большую ярость, поскольку на отделении его непосредственными начальниками также являлись женщины. У супервизора в свою очередь были проблемы в воспитании сына, который находился в подростковом возрасте, и она не ожидала столкнуться с еще одним неблагодарным бунтарем. Не успев как следует познакомиться друг с другом, они вступили в борьбу, в которой каждый стремился сохранить чувство собственного достоинства и достигнуть цели, достижение которой, по-видимому, стремился при этом сорвать.

Не каждая супервизия начинается столь трудно и драматически. И тем не менее, приступая к совместной работе, каждый супервизор и практикант неизбежно сталкиваются с подобными вещами. Супервизор могла бы избежать некоторых из вышеописанных проблем, если бы вместо формирования оборонительной позиции она попыталась создать со своим подопечным учебный союз, проявив неподдельный интерес к его мнению о предыдущем обучении и попытавшись понять, что привело к провалу прежней супервизии. Она должна была подробно расспросить стажера о профессиональных задачах, узнать его мнение о результатах обучения и какую пользу он надеялся извлечь из супервизии. В случае его категорического отказа от супервизии следовало внимательно его выслушать и рассмотреть причины отказа. Это позволило бы определить форму обучения в данной ситуации с учетом темперамента, способности, опыта обучения практиканта, профессиональной квалификации и интересов супервизора, а также требований, предъявляемых организацией к своему

сотруднику и его супервизору. Кроме того, супервизор должна была детально исследовать мотивы своего участия в супервизии и степень ограниченности, которую эти мотивы накладывают на ее деятельность в качестве наставника в супервизии.

Вышеупомянутый учащийся столкнулся с рядом препятствий к обучению, которые без труда распознаются большинством супервизоров.

Описывая проблемы, с которыми сталкиваются будущие аналитики, Дюваль (1987) обращает внимание на опыт учащихся, проходивших терапевтическую практику:

> "Новый супервизор неизбежно активизирует в сознании учащегося чувства привязанности, не только по отношению к аналитику, отвечающему за практику, но и к прежним супервизорам и другим членам кафедры. Практикант может с раздражением отнестись к новым отношениям, расценивая их как угрозу идентификации с прежними моделями. В то же время новые супервизорские отношения могут вселить надежду на регрессивную реактивацию инфантильных фантазий. В случае активизации личных и профессиональных конфликтов практикант может прибегнуть к прежним адаптационным и защитным моделям" (p. 15).

В начале супервизорского процесса некоторые практиканты неохотно идут на идентификацию с супервизором (исключение составляет тип агрессора) и поэтому сталкиваются с проблемами в процессе обучения. Таким учащимся недоступны формы обучения, получившие у Флеминга и Бенедека (1966) название имитационных и корректирующих. Угроза, которой подвергается их ощущение своей профессиональной или личной идентичности настолько велика, что они не чувствую) себя в безопасности в присутствии нового супервизора и не верят в возможность свободно высказывать различные мнения и осуществлять глубокие исследования. В таком случае необоснованная профессиональная идентичность и чувство независимости, как ни парадоксально, сохраняются благодаря недоверию и антипатии к супервизору. Практиканты ощущают в себе потребность руководить супервизорским процессом, они реагируют на супервизора как на опасную, авторитарную фигуру, способную их унизить. В его присутствии они нередко занимают оборонительную позицию. Такие учащиеся склонны рассматривать (сознательно или бессознательно) супервизию, а нередко и терапию, как садо-мазохистскую схватку.

На преодоление подобных трудностей обычно уходит какое-то время на начальном этапе супервизии. Супервизор должен проявлять огромное терпение, самообладание и подвергать анализу все свои действия, чтобы не поощрять ситуацию, в которой практикант стремится к власти и ее же боится. Возникающие на начальном этапе проблемы обучения рассматриваются крайне редко, поэтому учащийся не получает информации о возможных препятствиях на пути обучения. С точки зрения практиканта такое обсуждение подобно критике и либо стимулирует соперничество, либо принуждает к угодничеству. Необходимо внимательно отнестись к опасениям практиканта и предоставить ему больше времени для осознания своих и понимания содержания супервизорского диалога. Первый шаг на этом пути заключается в предоставлении практиканту возможности обеспечивать свою безопасность в супервизии. Тогда, по мнению Гарднера (1993), супервизор сможет определить "скрытые проблемы, выявившиеся проблемы, а также проблемы, не вполне выявившиеся в сознании учащегося" (p. 7). При работе с учащимся, охваченным тревогой, супервизор должен учитывать, что его подопечного волнуют следующие вопросы. Будет ли супервизор на моей стороне? Не будет ли он судить меня так же строго, как я сужу себя? Позволит ли он мне остаться самим собой? Позволит ли он мне сохранить мои достоинства и недостатки, не пытаясь контролировать мои терапевтические действия? Существенное значение в супервизорском процессе придается тем сторонам работы учащегося, которые он считает нужным показать своему преподавателю. Учащийся будет терпимо относиться к замечаниям и вопросам своего супервизора только тогда, когда поймет, что его сообщения

рассматриваются серьезно и что его терапевтическая деятельность оценивается по достоинству. Если после осторожных расспросов учащийся сообщает супервизору слишком мало сведений, тогда может понадобиться подробное обсуждение тех целей, которые он преследует в супервизии. Частая смена супервизоров не принесет пользы такому практиканту, поскольку с любым супервизором он не сможет продвинуться дальше начального этапа. В идеальном случае ему необходимо поработать с одним супервизором в течение нескольких лет.

На начальном этапе супервизорского процесса часто происходит идеализация супервизора и идентификация с ним стажера. Моделл (1993) отмечает: “Асимметричные отношения, когда идеализируется один из участников, угрожают индивидуальности еще и потому, что идеализация другого лица сопровождается обеднением своей личности. Значение придается особенностям не своей личности, а личности другого человека. Другой участник воспринимается как лицо, обладающее знаниями и индивидуальностью” (p. 116). Несмотря на недостатки, присущие идеализации, супервизору, как правило, не рекомендуется делать критические замечания по поводу идеализации в начале супервизии. Идеализация нередко является необходимым этапом процесса обучения и помогает учащемуся сохранить ощущение своей профессиональной идентичности. Создание образа идеального преподавателя в начале супервизии может оказаться не препятствием к обучению, а необходимым этапом в развитии обучающего процесса. Дюваль (1987) отмечает, что в тех случаях, когда супервизор замечает проявления идеализации в поведении практиканта, он обязан следовать “педагогическому принципу, согласно которому существование реакции переноса у практиканта целесообразно рассматривать как неотъемлемую часть ожидаемого развития супервизорского процесса” (p. 476). Более опытные учащиеся склонны скорее, переносить идеализацию на определенную теорию или философское направление, нежели идеализировать супервизора. В том случае, если идеализация какой-либо личности или теории сохраняется на последующих этапах супервизорского процесса, супервизор должен проанализировать ее как явление, препятствующее становлению творческого и независимого мышления. Такой анализ осуществляется либо непосредственно через прояснение установки учащегося путем вопросов, способствующих выработке его собственных выводов, либо через предложение альтернативных гипотез и моделирование точки зрения, формирующей здоровый скептицизм и более сбалансированную установку.

Иногда супервизор сталкивается непосредственно с аффектами супервизируемого, возникновение которых объясняется не только новой ситуацией обучения, но и выражением его отношения к организации или программе, в соответствии с которой работает стажер. Здесь зачастую необходимо помочь ему разобраться с этими чувствами, с тем чтобы супервизорское время тратилось на обучение, а не на всякого рода побочные задачи. Представьте себе практиканта, который всегда появляется на консультациях с усталым видом. Он тяжело опускается на стул, пытаясь выудить из портфеля свои рабочие записи, на просмотр которых перед консультацией у него явно не хватило времени. На стол, перед собой, он ставит чашку кофе, кладет бутерброд, который собирается съесть во время занятий, поскольку это единственное время, которым он располагает для завтрака. Он сообщает супервизору о проблемах, которые создает для него один привередливый “психопат”, сводящий его с ума. Маловероятно, что такой практикант видит в своем пациенте человека, которому он хотел бы помочь. Скорее всего он воспринимает пациента как препятствие, которое необходимо преодолеть в соответствии с учебной программой.

В этой ситуации супервизору следует, во-первых, выяснить причину усталости учащегося, а во-вторых, для облегчения его обучения изменить расписание его занятий или поставить вопрос о пересмотре его отношения к работе. Причиной такого состояния учащегося может быть не только неупорядоченность занятий, но и защитная реакция на чувство уязвимости в непривычной ситуации обучения. Супервизия, на которой не

обсуждается причина беспокойства учащегося, представляется абсурдной. Как представители терапевтического учреждения супервизоры понимают, насколько велики различия между кадровой политикой учреждения (клиники) и целями супервизии. Решение данных противоречий определяет дальнейшее развитие супервизии. В противном случае противоречия приводят к возникновению проблем в общении.

Цель лечебного учреждения — излечение максимального количества пациентов в кратчайшие сроки. Кроме того, перед учреждением стоит задача обеспечить все условия для обучения квалифицированных психотерапевтов, проходящих практику в данной клинике. Для того чтобы обучение не ограничивалось рамками теории, стажер должен уделять пациенту больше внимания, чем это предусмотрено учебными программами учреждения. Если супервизор пренебрегает служебными обязанностями ради практиканта, полагая, что ему необходимо чаще встречаться с последним, тогда практикант оказывается в сложном положении. Стремление администрации клиники обеспечить эффективное лечение пациентов влияет на ход обучения, подчиняя его бюрократическим требованиям. Давление подобных обстоятельств на супервизора и практиканта может препятствовать развитию диалога в том случае, если такие проблемы открыто не обсуждаются, не обнаруживается и решение о том, как надо поступать в данной ситуации.

Алонсо (1985), исследовавший данную проблему, предлагает в начале обучения заключать договор о лечении конкретного пациента и приготовлении материалов по терапии (рабочие заметки, магнитофонные записи и др.) для супервизии. Наш подход несколько отличается от подхода Алонсо. Мы полагаем, что практикант захочет сообщить супервизору о процессе лечения и результатах своей работы только в том случае, если супервизор не указывает ему, как поступать, а, наоборот, дает возможность говорить о пациенте в свободной манере. Этот подход позволяет супервизору наблюдать и оценивать то, как учащийся систематизирует данные клинических наблюдений, как он мыслит (см. главы 3 и 4) и какие проблемы могут возникнуть на начальном этапе обучения. Поэтому супервизор может приступить к проведению консультации, задав непростой вопрос: “Как бы вы хотели использовать время данной супервизии?” На этот вопрос супервизор нередко получает следующий ответ: “Я хотел бы поговорить о пациенте. Вы хотите, чтобы я принес рабочие записи?”

Разумеется, вопрос не лишен основания, поскольку ставит своей целью расположить к общению. Ответ на него является свидетельством того, что учащийся рассматривает супервизию как возможность обучения посредством сообщения супервизору необходимых сведений, полученных тем способом, который супервизор одобряет и считает наиболее плодотворным. Подобный подход заслуживает внимания, поскольку, супервизор в этом случае может выяснить, каковы представления учащегося о супервизорском процессе.

На вопрос учащегося о рабочих записях можно ответить “поступайте так, как сочтете нужным”, предоставив ему право самостоятельно принять решение. Ответ позволяет супервизору заключить, что предпочтет учащийся и готов ли он к учебе. Описанный подход существенно отличается, например, от подхода Грея (1993), который утверждает следующее: “Я не согласен с традиционным мнением о необходимости помогать практиканту вырабатывать свой собственный метод. При работе со своими практикантами я им заявляю открыто, что на формирование собственного метода уйдут годы после окончания учебного заведения... Как супервизор я считаю своим долгом преподавать собственным методом” (р. 8).

Если практикант приносит на консультацию аудиозаписи своих терапевтических сеансов, супервизор может задаться вопросом, не означает ли это, что прежний супервизор просил практиканта приносить именно аудиозаписи; не имеет ли акт прослушивания аудиозаписей в аудитории особое значение для процесса обучения данного практиканта в связи с его способами мышления и восприятия. Не считает ли он, что магнитофонные записи являются самыми надежными носителями информации? Не выражает ли использование

магнитофона неуверенность в себе и своих способностях готовить материал без поддержки? Позволив учащемуся самостоятельно определить форму обучения, супервизор может обсудить с последним сделанное им важное открытие в теории и методах обучения. Таким образом можно показать учащемуся, как он учится,— слушает, готовится и усваивает услышанное.

В том случае, когда учащийся не в состоянии четко изложить материал, супервизор не должен позволять ему слишком долго путаться в своих объяснениях. Некоторые практиканты, особенно новички, нуждаются в организации своего мышления с помощью супервизора. Дюваль (1987) отмечает, что на на.чальной стадии работы супервизор выполняет роль “активной модели”, знакомя стажера со своей позицией и беря на себя руководство. По мере развития супервизорского процесса и освоения учащимся теоретического и практического аспектов терапевтической ситуации супервизор может предоставить возможность учащемуся самостоятельно размышлять и осуществлять терапию пациента. До тех пор пока наставник позволяет учащемуся — с пользой для себя — проявлять инициативу в обучении, позволяя последнему совершать ошибки и учиться видеть и понимать трудности на своем пути, он придает обучению “переживательный” (эмпирический) характер, не ограничиваясь применением предлагаемых теории и методов.

Флеминг и Бенедек (1966) описывают три вида обучения: (1) имитационное обучение, в основе которого лежит бессознательное идентификация с супервизором; (2) корректирующее обучение, рассматривающее различные подходы к интерпретации и беседе с пациентом в контексте теории и методов, выбранных терапевтом; (3) творческое обучение, в процессе которого информация о динамике бессознательных конфликтов и межличностных отношений, о терапии и методике оказывается источником нового понимания терапевтического переживания и опыта, что приводит к созданию новых подходов в решении терапевтических задач.

Данные виды обучения составляют последовательные этапы развития процесса супервизии. Понимание того, какой вид обучения предпочтителен для учащегося, может принести неоценимую пользу супервизору. Те учащиеся, которые на начальном этапе супервизии видят в ней источник своего чувства стыда, считают корректирующий вид обучения особенно трудным и поэтому стремятся уклониться от него, например, излагая во время консультации такое количество терапевтической информации, что у супервизора практически не остается времени на комментарии, или занимаясь самокритикой в надежде избежать предполагаемых критических замечаний со стороны супервизора. В таком случае супервизор может поделиться с учащимся рассказом о своих проблемах в обучении, чтобы дать своему подопечному возможность почувствовать себя более непринужденно. Наряду с этим супервизор может завести разговор о проявлении пациентом чувства стыда в терапевтической ситуации. Таким образом супервизор, обращаясь к рассмотрению супервизорской проблемы, акцентирует внимание учащегося на аналогичной терапевтической проблеме.

На начальном этапе супервизорского процесса основная задача состоит в том, чтобы создать атмосферу, в которой могло бы состояться обучение. Выполнить эту задачу можно только тогда, когда практикант находит у супервизора понимание тех проблем, с которыми он сталкивается в процессе обучения, когда он уверен, что супервизор поможет ему распознать и решить их без критических замечаний в его адрес. Супервизор внимательно, без тени осуждения выслушивает своего подопечного и исследует причину тревоги практиканта, исходя не из собственного опыта, а преследуя задачи обучения. При обсуждении Проблем супервизор помогает учащемуся углубить анализ приобретенной им информации о том, что определяет процесс обучения. На начальном, неструктурированном этапе супервизии супервизор наблюдает, каким образом и на основании каких рассуждений учащийся систематизирует данные клинических наблюдений, а также делает заключение о поведении

учащегося в ситуации, аналогичной терапевтической, и присущих тому способах ее интерпретации (см. главу 6).

Одни учащиеся сразу приступают к описанию случая из практики, другим требуется время, чтобы его выбрать. Если учащийся не в состоянии систематизировать данные клинических наблюдений, супервизор должен помочь ему в осмыслении структуры процесса обучения. Если ряд дидактических советов о том, как необходимо организовать супер-визию в интересах учащегося, не способствует созданию соответствующей обстановки, тогда можно обратить внимание учащегося на возможные препятствия к обучению, задав ему вопрос: “Не возникло ли у вас проблемы при систематизации материала, мы могли бы вместе рассмотреть ее?” В зависимости от ответа учащегося, супервизор может продолжить: “Вы учитываете, что некоторые из ваших подходов к работе с данным пациентом или со мной могут служить помехой?”

В психотерапии и психоанализе эволюция происходит от поверхностных детерминант к бессознательным, в супервизии — от наблюдения и оценки работы учащегося к исследованию препятствий к обучению. Проблемы, возникающие у учащегося в процессе обучения, связаны в первую очередь с различными способами мышления супервизора и практиканта, поэтому для их решения супервизор должен прежде всего определить способ познания, присущий учащемуся. Затем сопоставить его со своим способом. Эпистемологическая система может быть сознательной или бессознательной, упорядоченной или неупорядоченной, предсказуемой или непредсказуемой. Супервизору необходимо понять, каким образом практикант критикует, оценивает и интегрирует новые данные и новые знания. Что составляет стержень его познаний: эмпирика и стремление к объективности, способность к интерпретации, логика, и эмоции? Какой из этих факторов он считает наиболее важным? Каким образом учащийся использует знания, приобретенные в практической и теоретической областях: в качестве прагматического средства, например, чтобы одолеть расписание, перегруженное занятиями, справиться с трудными пациентами или как средство постижения истины? Как он воспринимает приобретение новых знаний: с чувством досады или облегчения? Служит оно гарантией защиты от совершения ошибок или предоставляет свободу для рискованных поисков?

Способ мышления учащегося имеет существенное значение в его обучении поэтому способ мышления супервизора имеет для его способа преподавания значение не менее существенное. Определение сходства /различия между способами познания супервизора и учащегося — важный аспект супервизорского процесса. В третьей и четвертой главах мы рассмотрим некоторые виды мышления и их связь с терапией и супервизией.

Глава 3

ИНДУКТИВНЫЙ И АССОЦИАТИВНЫЙ ВИДЫ МЫШЛЕНИЯ

Супервизор и стажер приступают к супервизорскому диалогу, обладая определенным сформировавшимся видом мышления, т. е. устойчивым способом восприятия и обработки информации, составляющим неотъемлемую часть личности. Джейкоб (1981) отметил, что доминирующий когнитивный стиль индивида характеризуется определяющим влиянием на все этапы его обучения и “сохраняет свои черты в том, как индивид решает любую новую задачу” (p. 194). Джейкоб делает следующее признание: “Случилось так, что я увлекся механическими игрушками. Поэтому я нередко “размышляю”, используя пространственно-физические, динамические образы и механические метафоры. В одних случаях это оказывается преимуществом, а в других — недостатком” (p. 197). Каждый терапевт обладает своими критериями отбора информации, которая с его точки зрения заслуживает серьезного

рассмотрения, собственными критериями, необходимыми для выяснения ценности такой информации и для сведения полученных данных в единое целое. Один терапевт скептически относится к психодинамическим концепциям, которые, по его мнению, недоступны для проверки в соответствии со стандартами, принятыми в естественных науках для эмпирических исследований. Другой полагает, что эти концепции противоречат его собственной интуиции, являющейся фильтром для выбора и оценки новой информации. Некоторые терапевты не в состоянии понять значимость психодинамических концепций, не соотносящихся с эпизодами их собственной жизни. Супервизор должен иметь определенное представление о когнитивных методах, с помощью которых он и его стажер могут систематизировать поток поступающей к ним вербальной и невербальной информации. При проведении супервизий большое внимание уделяется прежде всего обсуждаемому клиническому материалу, переносу, контрпереносу, а также (не всегда) бессознательному процессу супервизируемого, и в меньшей степени, когнитивному стилю и способам мышления стажера (и супервизора) превалирующим в процессе обучения и преподавания. Гарднер (1985), способствовал нашему уяснению понятия множественности форм мышления и разнообразия мыслительных сценариев. Он полагает, что своевременная оценка того или иного способа мышления индивида позволяет последнему “развивать свои интеллектуальные способности в нужном направлении более успешно” (p. 386). В супервизорской практике, однако, промежуточным этапам, протекающим безмолвно и практически одномоментно,— этапам между восприятием и оценкой релевантности данного восприятия в плане интеграции в рамках специфического мыслительного типа зачастую не уделяется должного внимания.
Причин, с которыми связан недостаток внимания, несколько. Во-первых, не существует достаточно структурированной теории обучения, пригодной для преподавания психотерапии и психоанализа. В результате этого супервизоры не располагают методом систематической интерпретации различных способов усвоения материала, характерных для учащихся. Во-вторых, большую часть времени комплексные взаимодействия между когнитивным стилем и аффективными, межличностными и нарциссическими аспектами личности осуществляются молча и проходят относительно гладко, не оказываясь в зоне внимания супервизора, не вызывая каких-либо замечаний с его стороны. Способы обучения и когнитивные формы находятся в сложной взаимозависимости с личностью. В-третьих, супервизоры обычно пользуются клиническими понятиями (например, сопротивление аффектам или идеям, ограничения, связанные с характерными особенностями или неврозом) при описании проблем, связанных с обучением. Использование только клинических моделей для объяснения способов обучения оказывается недостаточным и способно ввести в заблуждение. Иногда, особенно при появлении трудностей в обучении, решающее значение приобретает способ мышления самого стажера. При некоторых обстоятельствах представляется более целесообразным рассматривать проблему обучения, ориентируясь на способ мышления стажера, чем соотносить ее с проявлением внутрипсихического конфликта.

При более внимательном рассмотрении соотношения супервизорской задачи со способами мышления учащегося супервизор задается вопросом, действительно ли определенные способы мышления имеют важное значение в профессии терапевта и можно ли научить учащегося этим способам. Флеминг и Бенедек (1966) описали имитационный, корректирующий и творческий формы обучения и роль супервизора в таком обучении. В этой и следующей главе мы рассмотрим виды мышления и их связь с изучением психотерапии. Джонсон-Леард (1988) описал типологию мысли, из которой мы выбрали четыре вида наиболее релевантные в отношении терапии и супервизии: (1) индуктивный, (2) ассоциативный, (3) творческий и (4) рефлективный.

Почему мы остановили свой выбор только на четырех и именно на этих мыслительных формах? При рассмотрении способов получения знания, имеющих существенное значение для обучения квалифицированных терапевтов, учитывались так же интуитивный,

эмпатический, имагинативный, интерсубъективный, аффективный и другие способы. Мы остановили свой выбор на указанных способах потому, что считаем их наиболее существенными для формирования личности психотерапевта с динамической ориентацией. Другие, в этом отношении, вторичные формы мысли тесно связаны с вышеупомянутыми или являются их производными. Например, эмпатия — комплексное психологическое переживание, включающее в себя элементы рефлективного, логического, креативного и ассоциативного способа мышления. Интуиция — сложное, по нашему мнению, понятие содержит в себе элементы индукции, основанной на сублиминальных, предсознательных или бессознательных перцепциях. Имагинативный и интерсубъективный способы получения и обработки информации также сочетают основные комбинации базовых мыслительных форм. Терапевты отличаются друг от друга по способу мышления и тому акценту, который они делают на той или иной
форме. Безусловно, для квалифицированного выполнения своей работы .каждый терапевт должен обладать развитым интеллектуальным и ассоциативным мышлением, способностью созидать и подвергать себя самоанализу. Ограничения в способности использовать разнообразные виды я формы мышления, лимитирует компетентность терапевта.

При внимательном рассмотрении вышеназванных основных мыслительных форм возникает ряд вопросов. Считают ли супервизоры, что стажерам присущи данные способы мышления и возможно ли научить их этим способам в процессе супервизорства? Каким образом результаты наблюдений супервизора оказывают влияние на ход обучения и основной предмет супервизорского диалога? Когда супервизор обнаруживает признаки существования у стажера различных типов мышления? Каким образом супервизор должен относиться к учащемуся, который практические данные соотносит с диагностическими категориями, но проявляет заурядную способность к ассоциативному мышлению и игнорирует его для углубления понимания своего пациента? Как должен относиться супервизор к стажеру, уверенно использующему метафоры и аналогии для описания терапевтического процесса, но исключающего возможность индуктивного мышления при проверке результатов лечения? В супервизорском процессе в результате отсутствия учета способов мышления, используемых преподавателем и учащимся, возникают тупиковые ситуации. Способность учащегося и супервизора к гибкому, продуктивному применению основных способов мышления в терапии и супервизии является существенным фактором процесса профессионального роста практиканта и преподавателя. Определение супервизором форм и видов мышления учащегося может помочь согласовать глубину и гибкость терапевтического мышления стажера и самого супервизора.

Индуктивное мышление

В процессе супервизии супервизор и супервизируемый сотрудничают с целью выявлению смысла и достижения понимания, для которых оба участника используют когнитивные, аффективные и эмпирические методы. Интуиция, эмпатия, индивидуальные ассоциации, активность воображения, процессы логического мышления способствуют установлению контакта с пациентом. Важным аспектом в этом отношении является процесс индукции или индуктивного разума.

Индукцию можно определить как процесс умозаключения, расширяющий текущее знание в ситуации его дефицита, в условиях когнитивной неопределенности. Индуктивное мышление лучше всего можно объяснить в связи с дедуктивным разумом, процессом, в котором логическое умозаключение вытекает из предлагаемых предпосылок таким образом,

что умозаключение не может быть ложным, если предпосылки истинны. Приведем простой пример дедуктивного рассуждения: “Если древесину получают из деревьев, а стол — изделие из древесины, тогда стол изготавливают из деревьев”. Полученный вывод является логическим следствием сформулированных утверждений.

В отличие от дедукции индукция представляет собой процесс, в котором логическое умозаключение делается от частного к общему. Утверждение о принадлежности какого-либо явления к определенному классу может основываться на результатах частных наблюдений этого явления. Полученный вывод не всегда следует из принятых положений, поскольку для них характерна определенная степень вероятности. “На ферме существуют коровы и козы. Коров значительно больше, чем коз. Поэтому ферма получает от коров больше молока, чем от коз” — это рассуждение служит примером индуктивного умазаключения. Существует высокая степень вероятности, что этот вывод справедлив, но справедлив он не всегда. Индуктивное мышление делает умозаключения для построения гипотез, способных обогатить наши знания, однако сами гипотезы должны быть подвергнуты проверке для отбора тех, которые действительно могут оказаться полезными. Для каждой сферы знаний умозаключения определяются, в частности, сложившимися в данной области представлениями. В психиатрии, психотерапии и практической психологии часть такого знания основывается на том, что существуют сознательные ментальные и эмоциональные состояния, на которые влияют бессознательные психические силы, та или иная болезнь и биохимическое состояние организма. В размышлении об отдельных состояниях разума гипотезы и заключения терапевта определяются теоретическими и практическими базовыми данными, существующими в данной сфере. В отличие от астролога, терапевт не соотносит состояние психики с планетами.

Центральное место в индуктивном мышлении занимает использование аналогий, предполагающее сопоставление взаимосвязей между объектами, которые обладают также и различиями. Это позволяет знания, приобретенные в одной области (источник), использовать для решения проблемы в другой (цель). Например, понимание психического конфликта, достигнутое в процессе проведения терапии, применять для анализа аналогичных конфликтов в других областях. Если в процессе индуктивного мышления терапевт затрудняется решить определенную проблему (цель) и находит ее решение в другой области, он должен убедиться в правильности применения данного подхода к ситуации, поставившей его в тупик.

Индукция, разумеется, вещь рискованная. При умозаключениях необходимо принимать во внимание изменчивость мира, которая может сделать эти умозаключения несостоятельными. Если вы заметили, что в вашей одежде вам стало тесно, а показания весов превышают показания, полученные на прошлой неделе, тогда ваш вывод — “следовательно, я прибавил в весе” — сделан на основе индуктивного мышления. Но такой вывод — не единственное логическое заключение, поскольку одежда могла сесть, а весы выйти из строя. При индуктивном рассуждении необходимо составлять умозаключения, которые способны выдержать проверку временем.

В психотерапевтической и супервизорской практике процесс индуктивного мышления протекает скрытно от глаз терапевта, примером тому служит случай второкурсника, уверенно предложившего супервизору для обсуждения свои заключения о динамике пациента, оставив за пределами терапевтического диалога значительное число подробностей. Поэтому перед супервизором встал вопрос, путем каких рассуждений учащийся пришел к своим умозаключениям и сможет ли он, супервизор, прийти к аналогичным выводам. Супервизор задался вопросом, не проистекает ли уверенность стажера из глубокого анализа материала, при том условии, что он не ознакомил супервизора с этапами своих рассуждений. Не пришел ли стажер к необоснованным заключениям в результате своих проекций или неверного понимания пациента? На этом этапе вопросы супервизора ставят своей целью выяснить,

каким образом и в какой мере терапевт применяет индуктивный способ мышления. Супервизор может попросить терапевта обосновать свои выводы с помощью дополнительных данных, полученных в процессе терапии. При этом супервизор стремится оценить их и получить информацию о том, как стажер применяет индуктивный метод.

Примером неправильного применения терапевтом индуктивного способа служит проведение ошибочной аналогии. После проведения нескольких курсов стационарного лечения пациента, страдавшего депрессией и внутренними побуждениями к суициду, психотерапевт приступил к психотерапевтическим консультациям другого пациента с нарцисти-ческим расстройством. Консультации проводились два раза в неделю. Терапевт сообщил супервизору о некоторых сходствах, которые он подметил между собой и пациентом. У пациента были требовательные родители, в присутствии которых он постоянно ощущал свою несостоятельность, поэтому стремился завоевать их одобрение, добившись успеха. Кроме того, пациент уделял много внимания своей матери, которая его не понимала. Он был поглощен замыслами о грандиозных свершениях, но, будучи не в состоянии их осуществить, впал в депрессию, угрожавшую его жизни. Терапевт осознал свою идентификацию с пациентом, в частности, по поводу отношений с родителями, грандиозных замыслов, изменчивости настроения и чувства собственного достоинства. На основе этого сходства терапевт сделал ряд предположений относительно той помощи, в которой нуждался пациент во время курса терапии. Ощущая себя способным приступить к решению своих невротических конфликтов, терапевт посчитал, что и пациент, с которым он себя идентифицировал, также готов к подобному решению. В результате терапевт предложил пациенту свою интерпретацию проблемы, полагая, что он сможет с ее помощью разрешить сложившуюся ситуацию. По иронии судьбы вмешательство терапевта напомнило пациенту то давление, которое оказывали на него родственники.

Супервизор помог терапевту понять, что, несмотря на сходство между терапевтом и пациентом, последний, в отличие от терапевта, был серьезно болен, страдал депрессией, перенес несколько психопатических припадков. Подобные расстройства не имели никакого отношения к терапевту, который обладал сильным эго и проблемы которого носили невротический характер. Проведя несколько консультаций, супервизор помог терапевту внести коррективы в свой подход к пациенту и отказаться от составления в процессе лечения перечня конфликтов между пациентом и его семьей. При этом он в определенной мере помог терапевту освободиться от чувства тревоги, возникшей в результате ошибочной аналогии.

В этой ситуации супервизорское вмешательство помогло терапевту распознать и модифицировать свою идентификацию с пациентом. Супервизорство позволило терапевту рассмотреть проблемы своей личности и их проявление в процессе терапии, а также начать с супервизором обсуждение своих планов на будущее и своего отношения к требованиям, вторые предъявлялись к нему в процессе обучения и супервизии. В то же время эту ситуацию можно рассмотреть с точки зрения когнитивных процессов и индуктивного мышления как проблему, связанную с аналогиями. По существу терапевт провел следующую аналогию: “Этот пациент похож на меня в некоторых отношениях... Если он похож на меня в отношениях А и Б, тогда он, вероятно, похож на меня и в отношениях В и Г”. Он был уверен в правильности своей аналогии, не обратив внимания на ее слабые стороны. В результате этого он пришел к ошибочным выводам по поводу пациента и его лечения.

Можно было бы задаться вопросом, почему анализ вышеупомянутой ситуации с применением индукции и аналогии оказался предпочтительнее анализа на основе идентификации, контрпереноса, роли терапевта и владения методикой? Такие методы анализа ситуации частично совпадают. Однако мы уделяем особое внимание применению аналогии в данном примере потому, что такие когнитивные процессы нередко остаются без внимания со стороны супервизоров, которым удалось более основательно ознакомиться с клиническими методами оказания помощи терапевту при анализе лечения и его роли в этом лечении. Анализ способа мышления терапевта и неправильной аналогии позволяет терапевту

изучить механизмы работы своего сознания. Терапевт может обнаружить, например, что он во многом полагается на аналогии, не учитывая при этом клиническую ситуацию. В процессе проведения терапии он может научиться дополнительно и другим методам мышления. В той ситуации, когда открытое обсуждение идентификации и контрпереноса воспринимается учащимся как нечто критическое и бестактное, супервизору необходимо в первую очередь определить способ мышления стажера. Супервизор выбирает метод педагогического вмешательства в зависимости от того, какого рода информацию необходимо и можно преподнести стажеру.

При обсуждении вышеприведенного терапевтического материала супервизор может указать на неверность умозаключения, сделав замечание: “По вашему мнению, вы с пациентом похожи в некоторых отношениях, а это значит, что он должен походить на вас и в других отношениях. Но не всегда это так”. При работе с терапевтом, ориентированным на сотрудничество, замечания супервизора по поводу идентификации могут быть более лаконичными и эмоциональными, например: “Вы полагаете, что пациент способен справиться со своими проблемами так же успешно, как и вы... Но между вами существуют различия”.

Супервизор может указать стажеру на отсутствие у него индуктивного мышления, но при этом остается открытым вопрос, каким образом можно привить учащемуся данный способ мышления. Является ли этот способ мышления природной одаренностью высококвалифицированного терапевта или ему можно научиться? Для того чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим ход индуктивного рассуждения. Слушая пациента, воспринимая вербальную и невербальную информацию, терапевт извлекает из нее определенный смысл и выстраивает в соответствии с этим свое рассуждение и отношение к пациенту. Терапевт стремится обнаружить в сообщениях о пациенте признаки определенной психоаналитической модели и соотнести эти сведения с известными значениями. Получив подтверждение, он предполагает, что существующий материал служит примером общих представлений, что в свою очередь приводит к новым открытиям, базирующимся на существующих сведениях. Подобные инсайты применяются в клинической ситуации в надежде придать глубину значению, пониманию и чувству, при этом обосновывается смысл новых умозаключений.

Супервизор должен вести поиск новых возможностей с целью их максимального использования для определения особенностей и качества индуктивного мышления и умозаключений стажера. Нижеприведенный пример из практики обращает внимание на те случаи, в которых супервизор может оказать учащемуся помощь в развитии индуктивного мышления.

Наблюдение новых данных. Супервизируемый сообщает, что на первом терапевтическом сеансе его пациентка выглядела угнетенной и жаловалась на плохое отношение к ней мужа, который предпочел играть на гитаре, вместо того чтобы обратить внимание на ее подавленное состояние. Разговор с пациенткой и сообщение об услышанном супервизору носит характер синтеза. Супервизору предоставляется возможность наблюдать, как стажер систематизирует и синтезирует новые данные и как он-использует логику и эмоции в исследовании материала. В данном случае супервизор может определить, какие описательные особенности (внешний вид, аффект, идейное содержание, звучание голоса) подчеркиваются стажером. Выбор терапевтом темы диалога определяется не только способом мышления, но и такими факторами, как неопытность, тревога, контрперенос и рассеянность. Результативность наблюдений в свою очередь определяются по выводам, к которым приходит стажер.

Нередко упускается одна из важных задач супервизора — умение научить терапевта разбираться в собственной манере слушать пациента. Что в ней может быть полезного и как она может препятствовать наблюдениям? Одни терапевты обращают внимание на речь

пациента, а другие — на его одежду, движения и выражение глаз, некоторые — на события, о которых сообщает пациент, не обращая внимания на сопутствующие рассказу эмоции. Есть такие терапевты, которые внимательно относятся к чувствам пациента, уделяя при этом мало внимания другим характерным чертам. Примером может служить случай стажера, который в своем описании пациента, увиденного в кабинете неотложной помощи, ярко передал эмоциональную экспрессивность, напряженность и хаотичность поведения пациента, оставив без внимания признаки дезорганизации мышления и иррациональный поток мыслей, которые свидетельствовали о маниакальном расстройстве. Безусловно, супервизор обязан обратить внимание стажера на то, как он наблюдает и описывает состояние пациента.

При этом супервизор неизбежно моделирует основные формы слушания и наблюдения. Как только терапевт поймет, что супервизор акцентирует внимание не только на событиях, упомянутых в рассказе пациента, но и на эмоциях и психологических конфликтах, терапевт может изменить свою манеру слушать, что в свою очередь окажет влияние на выбор данных, пригодных для исследования.

Построение паттернов является одним из этапов работы терапевта, на котором он приступает к построению обобщенных моделей на основе накопленных данных. В вышеобозначенном случае пациентки, муж которой не обращал внимание на ее состояние, такие паттерны могут учитывать склонность пациентки чувствовать себя жертвой и предоставлять в распоряжение терапевта многочисленные примеры подобного дурного обращения. Возможно, что в рассказе пациентки таится просьба о сочувствии или о помощи. Кроме того, жалобы пациентки на непонимание, могут относиться не только к мужу, но и к терапевту. Терапевт и супервизор дистанцируются от содержания истории пациентки для определения общих и тематических элементов данной истории. Терапевту, возможно, понадобится помощь, чтобы распознать подобные паттерны и понять, почему он не может их идентифицировать. Неспособность к выявлению паттернов возникает вследствие недостатка опыта, а также сосредоточения на переживаниях пациентки, или по причине торможения, в основе которого лежит мнение стажера, что такой анализ осуждает и предает пациента. Некоторые стажеры быстро воспринимают общие паттерны как возможность преодоления чувства тревоги и неуверенности. Супервизорские консультации, форма которых определяется теоретическими взглядами каждого участника, могут помочь в разработке метода распознания паттернов, для применения их в терапии.

Сравнение с известными категориями. Определив категории для описания полученных данных, супервизор стремится установить соответствие между ними и известными типами человеческого поведения. При этом терапевт может, скажем, опираться на существующее определение динамики мазохизма, применимое к данному случаю. Кроме того, можно сопоставить данные пациента и результаты наблюдений, полученные терапевтом. Терапевт также должен учитывать, что некоторые сообщения пациента продиктованы бессознательным отношением к лечению, например, просьбой о помощи или враждебностью. Существующие данные отвечают этим категориям. Они не согласуются с другими категориями, например с тем фактом, что многие люди подвержены галлюцинациям.

Сравнение предоставленного пациентом материала с известными или вновь выявленными категориями при определении или конструировании смысла составляет суть — “масло и хлеб” — супервизорской практики. Супервизор располагает рядом категорий, в том числе клиническими моделями, гипотезами, теориями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутрипсихического и межличностного функционирования и т.д. В контексте языка индуктивного мышления применение известных категорий к клиническому материалу означает использование специфического знания (domain-specific knowledge). Терапевт предполагает, например, что поведение пациента в рамках психотерапевтической ситуации (расписание посещений, оплата, отмена терапевтических сессий и т. д. Свидетельствует об отношении пациента к терапии и терапевту. Это позволяет

настроиться на слушание пациента и выстроить этот процесс.

Ассоциативное мышление — диалектический процесс, в котором участвуют супервизор и супервизируемый. Последний может принимать во внимание паттерны и категории, на которые супервизор внимание не обратил бы, и наоборот. Супервизор привносит в этот процесс свой опыт, теоретические знания, в частности, умение дистанцировать-ся от клинической ситуации, что позволяет рассмотреть материал с иной точки зрения. В вышеприведенном случае супервизор мог бы отметить, что частые упоминания пациентки о плохом отношении мужа (наряду с существующими фактами) направлены на то, чтобы вызвать у терапевта определенный отклик (сочувствие, избавление, оправдание раздражения, излечение). Если терапевт таким образом идентифицируется с пациентом, это не находит одобрения у пациента, тогда на пути к освоению клинического материала терапевт может столкнуться с серьезными препятствиями.

Формирование гипотез и выводов. Определение значения и интерпретация в психотерапии связаны с формированием гипотез по поводу предоставленного пациентом материала. В данном случае терапевт пришел к выводу, что пациентка со всей серьезностью считает себя жертвой и размышляет о динамике и обстоятельствах, которые придали столь важное для нее значение подобному состоянию. Предположение терапевта о том, что муж обращается с пациенткой так, как она описывает, Приводит терапевта к выяснению причин, по которым пациентка выбрала такого партнера. Исходя из опыта общения с пациенткой, терапевт приходит к выводу, что не прояви он сочувствия к ней, она, вероятно, и в дальнейшем будет чувствовать себя оскорбленной и непонятой. Терапевт находит, что пациентка испытывает острую потребность в сочувствии, поддержке и уважении к ее боли.

Терапевты и супервизоры могут расходиться в своих взглядах на такие вопросы, как объем материала, необходимого для обоснования гипотезы, степень риска или осторожности в предварительных выводах и правильность самих формулировок. Швабер (1992) отметила вероятную опасность, связанную с ситуацией, в которой терапевт строит гипотезы, не принимая в расчет мнение пациента, и выступает в роли арбитра. Автор считает, что аналитик уделяет недостаточно внимания состоянию и переживаниям пациента, подменяя терапевтический анализ мышления и чувств пациента своими умозаключениями и предположениями. Более того, супервизор может навязывать супервизируемому свои формулировки, вместо того чтобы исследовать отношение последнего к своему пациенту.

В супервизии не существует единства мнений о природе доказательств, критериях проверки гипотез, поэтому супервизор обсуждает эти вопросы со стажером, создавая психологический портрет пациента. В процессе рассуждений супервизируемый может обнаружить У себя такие проблемы, как чрезмерный буквализм, (относительная неспособность или нежелание делать выводы на основе данных), недостаток воображения и жесткую склонность придерживаться заранее заданного способа выслушивания материала. У него также может отсутствовать желание делать какие-либо выводы или составлять заключение о пациенте в предположении, что это, в известной степени, предательство по отношению к пациенту. Или, сделав выводы, терапевт может уклоняться от изложения их супервизору или пациенту. В такой момент супервизор может сделать весьма ценный вклад в процесс обучения, обеспечив учащемуся карт-бланш незнания чего-либо наверняка,— возможность свободы сомневаться в излагаемом им материале. При работе с педантичным учащимся супервизор может признать важность полученных им данных и вместе с тем показать, как можно делать образные, гибкие и вполне приемлемые предварительные выводы. В том случае, если строгое следование прописным гипотезам ограничивает учащегося в познании, супервизор может поинтересоваться, с помощью какого метода учащийся сделал то или иное предположение. Подчеркивая необходимость дальнейшего исследования и воздерживаясь от определенных выводов, супервизор пробуждает в терапевте любознательность и обучает его различным подходам к анализу пациента. В том случае, если терапевт и супервизор приходят к

различным выводам (что муж действительно несносен или что пациентка сама желает быть жертвой), они могут не выносить окончательного решения и обсудить доказательства, которыми они располагают, и факты, на которых каждый из них строит свою гипотезу. И тот и другой могут остаться при своем мнении.

После проведения клинических наблюдений и построения гипотез относительно пациента супервизор и стажер формируют дальнейшие выводы. Например, если стажер считает, что пациентка склонна рассматривать себя как жертву, и осуществляет терапию с учетом этой точки зрения, тогда он может заключить, что она обращает внимание на те действия мужа, которые причиняют ей страдание (разновидность навязчивого повторения). Данная гипотеза основывается на сообщениях пациентки и сведениях, полученных от других пациентов, столкнувшихся с аналогичными трудностями. Теоретическое знание и врачебное мастерство позволяют супервизору определить перспективное направление исследований и оптимальные способы обобщения заключений. Оказание супервизором помощи стажеру в процессе наблюдения пациента и построении гипотез состоит в преподавании основных способов мышления и правил умозаключения в специфической конкретной области (domian-specefic inferential rules). Например: “Если вы знаете, в чем заключается основной конфликт и причина болезни пациента, вы можете прогнозировать их появление в переносе и должны быть готовы к выслушиванию такого материала”. Этот вывод — общее правило, предназначенное для руководства процессом слушания и формирования итоговых умозаключений.

В идеальном случае гипотезы строятся и обобщаются не только до поводу пациента, но и вместе с пациентом. Супервизор и терапевт должны учитывать то, что их гипотезы “опережают” пациента и, как полагает Швабер (1992), мешают им исследовать представления паци-еяга о своей психодинамике и психодинамике окружающих, включая я самого терапевта.

Применение в клинической ситуации. Терапевт реагирует на пациента, исходя из своего опыта общения с ним и своих гипотез относительно его состояния. В рассматриваемом нами случае терапевт может выразить твердое убеждение в том, что муж пациентки не понимает ее, или продолжить разговор об их отношениях: объяснить пациентке, что ей легче жаловаться на своего мужа, чем на терапевта.

Стажер нередко полагает, что существует какой-то правильный ответ, о котором он может узнать у своего супервизора, способного, по его мнению, сделать лучший выбор, чем стажер. Супервизор, интересуясь ходом рассуждений и впечатлениями супервизируемого, на основе которых он принял решение вмешаться в ситуацию пациента, может разъяснить терапевту, что для определения последствий своего вмешательства он должен внимательно слушать пациентку и уметь распознать ее реакции на его вмешательство. Следование этим правилам позволяет стажеру понять, что клинические гипотезы и интерпретации возникают не только на основе теоретических знаний человеческой психологии, но и в процессе развивающегося диалога между пациенткиой и терапевтом.

Оценка гипотез. В вышеприведенном случае терапевт ищет доказательства правильности своих предположений о состоянии пациентки. Последний этап индуктивного рассуждения — проверка гипотез, ставящая своей целью либо подтверждение правильности какого-либо предположения, либо его опровержение, ведущее к изменению гипотез с помощью дополнительной информации. К примеру, сновидение пациентки может указывать на некоторые аспекты ее переноса, в котором она чувствует к себе плохое отношение со стороны терапевта. Утверждение супервизора относительно ситуации может восприниматься как истинное, либо как ассоциация его на сновидение или как гипотеза, нуждающаяся в проверке, в зависимости от того, каким образом сотрудничают — сознательно или бессознательно — в поисках общего смысла супервизор и стажер.

Потенциальных проблем достаточно много. В одном из крайних проявлений, стажер

может не согласиться с предлагаемыми супервизором формулировками. Такого учащегося интересует только одно — строгая проверка эмпирических данных. Он скептически относится к супервизору и требует от него то, что Фрейд (1915) называл “логикой супа с клецками в качестве доказательств” (р. 167). На другом конце воображаемой шкалы отношений стажер, беспокоящийся по поводу ситуации обучения, благоговеет перед мудростью супервизора; воспринимает любое слово супервизора, как верующий — евангелие. В процессе консультаций супервизор и стажер должны открыто обсудить и выяснить, какого метода психотерапевтического познания они будут придерживаться. Супервизор может оказать максимальную помощь только при условии отсутствия крайностей: радикальной эмпирической критики со стороны стажера или восхищения индуктивным мышлением супервизора. Оптимальное условие процесса обучения — свобода в выборе учащегося метода отбора данных и построения гипотез.

Проблемы индуктивного мышления

В предыдущем разделе мы рассмотрели ход индуктивного рассуждения, а также вопросы супервизорского вмешательства. Обозначим некоторые проблемы, возникающие в ходе индуктивного рассуждения. Во-первых, они могут появиться в процессе наблюдения, необходимого для составления выводов. Так, собственное беспокойство, мечтательность, невнимательность и поглощенность другими чувствами способны помешать терапевту внимательно выслушать пациента. Кроме того, аффекты пациента могут вызвать у терапевта настолько сильное чувство неловкости, что он не захочет признавать их существование. Пациент может открыто выражать недовольство терапевтом, который сосредоточивает свое внимание на определенном аспекте сообщения пациента, упуская из вида аффект. Объясняя поведение пациента и реакцию на
него терапевта, супервизор вправе применить сократовский метод, расспрашивая практиканта о предполагаемых причинах такого общения. кроме того, супервизор может объяснить чувства контрпереноса и наметить пути использования их в лечении.

Во-вторых, некоторые практиканты, отличающиеся педантичностью, не обнаруживают способности к аналогиям и плохо реагируют на метафоры. Такие учащиеся не всегда способны к ассоциациям на основе материала, представленного пациентом. В этом случае супервизор может привести пример того, каким образом нужно устанавливать ассоциации с материалом, предоставленным пациентом, и строить на их основе гипотезы. Проводя параллель между клиническим материалом практиканта и своей собственной практикой, а также эпизодами из известных литературных произведений и фильмов, супервизор показывает, что аналогии и индуктивное мышление могут обогащать супервизорами процесс. Наряду с этим супервизор может открыто обсудить с практикантом его метод отбора данных и построения гипотез. Если такие подходы не приводят к изменению, тогда супервизор может рекомендовать терапевту пройти курс психотерапии или психоанализа. Иногда способность практиканта слушать и размышлять о пациентах бывает настолько ограничена, что она не развивается в процессе супервизии, обучения или личного лечения. В таком случае практиканту не следует заниматься психотерапевтической работой.

Способность стажера к индуктивному мышлению нередко ограничивается рамками супервизии. Чтобы не подавить это качество практиканта, супервизор должен объяснить на основе каких рассуждений он сделал свои заключения о пациенте.

Другую крайность представляет собой практикант, который строит предположения о пациенте без достаточных на то оснований, объясняя свой подход индукцией. В таких случаях супервизор может помочь практиканту понять разницу между индуктивным рассуждением на основе отбора и классификации данных и интуитивным предположением,

слабо связанным с эмпирическим материалом. Стремление практиканта к поспешным выводам и непродуманной интерпретации продиктовано порой чувством страха перед неопределенностью ситуации. Требуя обоснованности наблюдений и описывая альтернативные гипотезы, основанные на внимательном изучении клинических данных, супервизор демонстрирует, что любознательность в общении с пациентом может принести пользу в супервизорской и терапевтической ситуациях.

Иная проблема возникает в том случае, если супервизор и супервн-зируемый, хотя и владеют индуктивным методом рассуждения, исходят из различных предпосылок и таким образом приходят к разным заключениям. Чтобы избежать этого, участниками супервизорского процесса должны быть определены различия в подходах и установлен сам способ рассмотрения представленных каждым доказательств. Например, на супервизорских консультациях Дюваля (1987) Дик задавала себе вопрос, одобряет ли Дюваль ее стремление больше узнать о психологии самости. Дюваль, очевидно, не порицал ее интерес к этому вопросу, но и не обсуждал с ней свои взгляды. Чувство неуверенности, которое испытывала Дик, говорит о том, что она не знала, какую идеальную модель лечения или обучения использовал ее супервизор. Нейтральная педагогическая позиция Дюваля ставила своей целью предоставить учащейся возможность построить свою концепцию без вмешательства супервизора. В то же время, как полагает Школьников, Дюваль деликатно отговаривал практикантку от воплощения своих замыслов. В подобном случае поощрение супервизором стремления практикантки к разработке собственной аналитической теории и ее связи с супервизорским методом рассуждения могло бы оказаться перспективным.

В процессе терапии внутренняя логика умозаключений скрыта от глаз наблюдателя. На основании бесед с супервизорами и изучения специальной литературы мы пришли к выводу, что непосредственный анализ индуктивного рассуждения, в отличие от индуктивных выводов, редко становится предметом дискуссии между супервизором и его подопечным. Для повышения эффективности консультации следует принимать во внимание то, с помощью каких индуктивных методов супервизор и суперизируемый приходят к своим заключениям и как влияют на супервизорский диалог различия в их подходах.

В данном разделе мы описали индуктивный способ мышления, рассмотрев некоторые основные индуктивные процессы в психотерапевтической супервизии. Несмотря на то что особое значение здесь придавалось способу уяснения материала, представленного пациентом, мы все же не считаем, что индуктивный способ мышления составляет единственный или доминирующий подход к пониманию пациентов. Действительно, терапевт может последовательно применять только индуктивный метод мышления, чтобы избежать ассоциаций и аффектов. Применение индуктивного метода перестает доминировать, если учащийся использует в своем исследовании ассоциации.

Ассоциативное мышление

Ассоциативное мышление характеризуется связью мыслей без непосредственно осознанной цели в отличие, например, от процесса решения проблемы или описания случая. Ассоциации, нередко мимолетные и дедроизвольные, ткут более масштабное полотно субъективного опыта из обрывков ощущений, представлений, восприятий и идей. Прислушиваясь к ассоциациям, мы следим за работой ума, но часто не понимаем, почему поток сознания формируется именно таким образом. Грезы, поток сознания, автоматическое письмо, беспорядочные фантазии и сновидения — вот некоторые примеры ассоциативного мышления. Многие другие ассоциации бывают более изощренными и неопределенными. Взгляды на природу ассоциативного мышления были радикально пересмотрены в работах Фрейда. Одно из величайших достижений отца психоанализа заключалось в том, что

источник ассоциаций он видел в сфере бессознательного. Начало этому исследованию положила работа “Исследования истерии” (1893—95), в которой Брейер и Фрейд заключили, что при анализе ассоциаций пациента обнаруживаются подавленные воспоминания и мысли, приобретшие патогенный характер в результате вытеснения и диссоциации от своего аффективного компонента.

> “Патогенная идея, которая, по видимости, представляется забытой, всегда находится “под рукой” в готовом виде и может быть распознана " с помощью легкодоступных ассоциаций. Проблема заключается лишь в том, чтобы убрать на этом пути препятствие. Это препятствие заключается в воле субъекта, и люди по-разному освобождаются от конкретного мышления и занимают позицию объективного наблюдателя психических процессов, протекающих в них самих... Идея чаще всего возникает в форме промежуточного звена в ассоциациях между идеалом, который служит для нас отправной точкой, и собственно патогенной идеей, которую мы ищем” (р. 271).

Основным принципом психоаналитической теории на начальном этапе ее развития являлось представление о том, что содержание уходит в сферу “забытого”, бессознательного и затем возвращается в сознательное в виде мысли, поведения и симптомов. Фрейд полагал, что ассоциативное мышление, которое пациентка Брейера Анна О. назвала “прочисткой дымохода”, носит не случайный, а упорядоченный, динамический характер, основанный на желании, страхе, конфликте, и представляет собой взаимодействие сознательных и бессознательных сил. В отличие от Фрейда, использовавшего “свободные ассоциации” лишь в качестве методики восстановления подавленных воспоминаний, современные ученые, в частности Крис (1982), придают особое значение способности к свободным ассоциациям для всей терапии в целом.

Терапевты обращают пристальное внимание на ассоциации пациентов, используя их в качестве основного источника данных при их исследовании. Другим источником важной информации служат ассоциации, возникающие у терапевтов в процессе слушания своих пациентов. Поэтому супервизор должен обращать особое внимание на то, каким образом супервизируемый использует в терапии и супервизии свои ассоциации и ассоциации своего пациента. Кроме того, на каждом занятии супервизор должен решать вопрос, что в наибольшей мере способствует достижению педагогической цели — анализ ассоциаций пациента или анализ ассоциаций терапевта. Одни супервизоры полагают, что ассоциации, рефлексии, неожиданные фантазии и маргинальные мысли пациента имеют для терапевта приоритетное значение и служат источником информации. Другие супервизоры считают, что таким источником является клинический материал. Излишний интерес терапевта к собственным реакциям и ассоциациям может привести к небрежности, искажению контрпереноса, неправильному определению источника конфликта и к проекции.

Умение использовать ассоциативное мышление — как свое, так и пациента — и устанавливать соответствующее равновесие между ними составляет стержень психотерапевтической компетентности. Каким образом терапевт-стажер приходит к пониманию и развитию ассоциативного мышления как основного аспекта своей компетентности? Задавая практиканту вопросы, относящиеся к применению ассоциативного мышления, создавая ассоциации на основе материала по типу моделирования и объясняя концепцию ассоциативного мышления, супервизор может оценить способность стажера и расширить диапазон его возможностей в этой области.

Оценка ассоциативного мышления

Способность практиканта к ассоциативному мышлению оценивается супервизором непрерывно в процессе супервизии, хотя такая оценка может и не составлять основную супервизорскую цель. Психодинамическим супервизорам известны учащиеся, которые в описании терапевтического материала используют богатые и разнообразные ассоциации — воспоминания, вызванные рассказами пациента, чувства, сопоставления с другими пациентами и т. д. Существуют практиканты, которые тяготеют к скрупулезно точному описанию материала, практически не выходя за пределы рабочих записей. Они настолько скованы своим педантизмом в изложении клинической истории, что любая мысль или фантазия представляется им достойной осуждения. Но есть и другого рода терапевты, которые начинают терапевтический сеанс со свободных ассоциаций, превращая пациента в повод для личных излияний. Такие учащиеся нуждаются в руководстве и структурировании процесса наблюдения за пациентами, описании увиденного и построении диагностических формулировок.

Супервизор учитывает различия в подходах к применению ассоциативного мышления у себя и стажера независимо от того, обсуждаются да эти различия с последним или нет. Если ассоциативное мышление становится предметом осознанного рассмотрения, супервизор может определиться в своей оценке, поставив перед собой ряд вопросов. Сообщает ли терапевт о нестандартных мыслях и фантазиях? Обсуждает ли он представления о других терапевтических впечатлениях, о жизненном опыте, зрительных образах и анекдотах? Не испытывает ли он чувство неловкости, сообщая о слишком откровенных ответах? Зависит ли качество его ассоциативного мышления от того факта, был ли он сам или не был в терапии или в анализе? В какой мере практикант чувствует себя в безопасности в супервизорской ситуации? Как, по его мнению, должны проходить супервизии? Содействует или препятствует супервизор развитию ассоциативного мышления? Ситуации, в которых практикант представляет материал, а супервизор объясняет, “что это означает”, не затрагивают ассоциативного мышления практиканта, не позволяют ему проанализировать материал и определить его значение.

Обучение ассоциативному мышлению

Обучение слушанию ассоциаций часто требует готовности супервизора продемонстрировать свои собственные ассоциативные способности и полезность такого подхода. Это приобретает исключительно эажное значение в том случае, когда требуется быстро решить проблемы пациентов (например, кратковременные курсы лечения и психофармакология), здесь рассмотрение ассоциаций пациентов представляется роскошью или выглядит старомодным. Как показывает нижеприведенный пример, использование ассоциаций супервизором и практикантом может обогатить диалог, придав ему глубокий и творческий характер.

Однажды на супервизорскую консультацию пришел доктор У., психотерапевт со стажем работы в один год, который лечил в клинике пациентку с острой симптоматикой неизвестной этиологии. Пациентка была помещена в общую палату. Конфликтное давление и противоречивые требования больной вызвали у терапевта чувство усталости. От него требовали, с одной стороны, глубокого понимания своих пациентов, а с другой — их быстрой выписки из больницы. Терапевт рассказал супервизору о пациентке средних лет, страдавшей от ожирения. В истории ее болезни говорилось, что она подверглась изнасилованию и страдала хронической депрессией. Перед тем как попасть в больницу, она не раз пыталась покончить с собой. По поводу этой пациентки доктор У. получил следующие указания: “Подержим ее в больнице дней десять, не больше, иначе потом от нее будет не избавиться”.

Учитывая данное указание, терапевт стал стремиться предотвратить длительную госпитализацию, неизбежно способствующую регрессии, и сосредоточился на конкретной задаче — снятии напряжения у пациентки. Для ее скорейшей выписки из больницы доктор У. старался свести к минимуму обсуждение с пациенткой ее ассоциаций и возросшего недомогания. В ответ на действия терапевта пациентка стала рассказывать о своих физических муках и выразила недовольство медицинским персоналом, который не прикладывал никаких усилий для облегчения ее страданий. Испытывая чувство беспокойства и разочарования, вызванного жалобами пациентки, терапевт заявил ей, что не считает ее жалобы на физические недомогания обоснованными, и спросил, в чем действительно заключается ее проблема. Он не понимал, что часть проблемы состоит в его неспособности внимательно выслушать жалобы пациентки. Посторонний терапевт сказал пациентке, что ее раздражение и жалобы связаны с ее отношением к предстоящей выписке из больницы. Поэтому она обрушилась на доктора У. с руганью: “Пропадите вы пропадом вместе со своей больницей”. При приближении даты выписки из больницы пациентка сообщила, что не чувствует себя “в безопасности”, и поэтому доктор У. распорядился перевести ее в изолированную палату.

При обсуждении этого случая на супервизии терапевта беспокоил вопрос целесообразности перевода пациентки в изолированную палату. Не допустил ли он ошибки, вызвавшей такую регрессию? Не слишком ли он сосредоточился на проблеме выписки из больницы, оставив без внимания причины, которые привели к госпитализации? Он был разочарован, раздражен и относился к себе самокритично. Моделируя подход, который не приводил непосредственно к выводу, супервизор не дал прямых ответов на вопросы терапевта. Вместо этого он решил осторожно обратить внимание терапевта на его собственные ассоциации и чувства, вызванные пациенткой. Он спросил, как выглядела пациентка. Этот вопрос вызвал у доктора У. яркую ассоциацию: она походила на слизняка. Появившись у него в кабинете, она уселась в кресло. Когда пациентка откинулась на спинку кресла, возникло впечатление, что ее огромное тело точно “растеклось” по креслу. Ее поза и настроение вызвали у терапевта ощущение, что работа в стационаре похожа на работу на “ферме по разведению слизняков”. Во время выслушивания терапевта супервизору пришла в голову фантазия — попытаться заставить слизняка двигаться, подталкивая его сзади палочкой. Он рассказал терапевту о своей ассоциации.

Ассоциация со слизняком, описанная терапевтом, а затем развитая супервизором, привела к тому, что супервизорская беседа приняла энергичный и оживленный характер. Комический образ слизняка позволил выявить раздражение терапевта по отношению к пациентке и снять напряженность. Кроме того, данный образ помог терапевту и супервизору сосредоточиться на обсуждении особенностей поведения и восприятия пациентки: пассивность, страх, не позволяющий ей вести себя активно, ее нежелание взять на себя ответственность за свою судьбу, неопределенность ее просьб о помощи, отсутствие ясности в намерениях, а также ее манера выражать чувство смятения всем телом. В образе слизняка также нашли отражение проблемы агрессии. Фантазия супервизора о подталкивании слизняка палочкой отражала агрессивность доктора У. и медицинского персонала по отношению к пациентке. Супервизор воссоздал в воображении историю физического и полового насилия, которому подверглась пациентка, а это привело к пониманию того, что в больничных условиях были воспроизведены некоторые черты прежних переживаний пациентки. Ее инертность бессознательно провоцировала раздражение, которое вызывало у нее повторное травмирование. В английском языке глагол, образованный от существительного “слизняк”, имеет значение “ударять”, и в этом также отражается агрессивность, с которой пациентке пришлось столкнуться в детстве и которая вновь напомнила о себе в отношениях между терапевтом и пациенткой.

В процессе анализа образа слизняка супервизор и терапевт выяснили, что у терапевта

было ощущение собственного подталкивания. Он бился над решением проблемы, которая состояла в том, что пациентка требовала от него невозможного, и он не был способен предвидеть, в каком состоянии будет находиться пациентка через десять дней пребывания в больнице, а также гарантировать ей, что в указанный срок ее состояние улучшится. Терапевт понял, что тяжесть заболевания пациентки оправдывала перевод пациентки в изолированную палату.

Затем у доктора У. возникла мысль о том, как другой супервизор предложил однажды стажеру сказать смущенному пациенту: “Как ужасно, должно быть, чувствовать, что твои потребности не удовлетворяются”. Эта ассоциация, усилившая эмпатию, указала супервизору на то, что терапевт преодолел свое раздражение, разочарование и неуверенность в своих силах, и мог свободно реагировать на пациентку и на самого себя.

Применению ассоциативного мышления в этом случае способствовала постановка супервизором простого вопроса, который сразу обратил внимание терапевта на зрительный образ (внешний вид пациентки), а не на когнитивное объяснение. Вопрос супервизора открыл путь свободным ассоциациям терапевта. Его визуальная реакция и дальнейший беспристрастный анализ этой реакции (сделанный супервизором) позволили доктору У. психологически дистанцироваться от фрустрирующей ситуации и добиться эмпатии по отношению к пациентке и к самому себе. Кроме того, поставленный супервизором вопрос научил его ценить свои ассоциации и показал ему, как можно работать с ними на благо пациентки и с пользой для себя. Все эти достоинства, возможно, не были бы замечены, если бы супервизор решил дать прямой ответ на вопрос доктора У. о целесообразности перевода пациентки в изолированную палату.

Ассоциативное мышление безусловно составляет основу всего мышления. В процессе ассоциативного мышления супервизоры и практиканты ассоциируют одну мысль с другой, вспоминают о забытой, но существенной подробности терапевтической работы. Супервизор может поощрять обсуждение мыслей и фантазий, которые могут показаться на первый взгляд неуместными, однако способствуют формированию новых реакций на клиническую ситуацию. Ассоциации нередко помогают восстановить в памяти подробности о пациенте, которые остались без внимания. Более того, ассоциации помогают терапевту распознать свои собственные контрпереносы, фантазии, аффекты и воспоминания, которые могут служить источниками важной информации о терапевти-ческой ситуации. Супервизор может помочь практиканту понять, что его собственные фантазии нередко являются реакциями на сублиминальные предсознательные и бессознательные сообщения пациента. Они дают бесценную информацию, которая может остаться без внимания, если реакции терапевта на пациента ограничиваются рамками логического мышления.

Супервизорские вмешательства

Если способности учащегося к применению ассоциаций ограниченны, супервизор может использовать прямой опрос, моделирование, поощрение и дидактическое объяснение, доказывая полезность этого вида мышления. Очевидно, что для поощрения ассоциирования целесообразно начать с опроса. Супервизор может задать практиканту вопрос: “Почему это пришло Вам на ум? Какой визуальный образ возник в Вашем сознании, когда пациент описывал свои суицидные мысли? Не напоминает ли Вам эта консультация другую консультацию, которую Вы проводили с этим или другим пациентом?”

Супервизор может моделировать ассоциативный подход, демонстрируя, как он сам использует ассоциации в связи с представленным материалом. “Позвольте мне рассказать вам, на какие мысли это меня наводит...” (в том числе образы, фантазии и фрагменты мыслей). Эта фраза свидетельствует о стремлении и способности супервизора к творчеству и

ассоциативности. Практиканту демонстрируется, каким образом ассоциации могут предоставить новую информацию о пациенте и терапевтическом диалоге. При этом необходимо определить пределы допустимых ассоциаций. Но это не означает, что роль супервизора сводится исключительно к синтезу гипотез, способных объяснить ситуацию. Не ожидает супервизор такого поведения и от супервизируемого. Вместо этого супервизор предлагает практиканту сотрудничать в контексте ассоциативного мышления для анализа терапевтической ситуации.

В некоторых случаях супервизор может применить когнитивный подход и объяснить терапевту значение ассоциаций. Допускается объяснение значения ассоциаций как пациента, так и терапевта. В тех случаях, когда практикант стремится к точности, супервизор может обратить внимание на его когнитивный стиль и помочь определить, что именно данный способ Помогает ему понять и что именно не учитывает ассоциативное мышление.

Канализирование ассоциативного мышления

Несмотря на то что супервизор может поощрять с помощью вышеуказанных методов ассоциативное мышление терапевта, он должен учитывать ограниченность супервизии. Супервизия — это не терапия, она требует уважения к сокровенным мыслям, чувствам и фантазиям терапевта. Терапевты, особенно начинающие, иногда испытывают чувство смущения, вины или стыда за свои раздраженные или эротические реакции на пациентов, поэтому беспристрастное отношение супервизора к таким чувствам помогает стажеру. В то же время супервизору необходимо ограничивать исследование фантазий и чувств терапевта, ориентироваться на педагогические, а не терапевтические задачи. В процессе супервизии выясняется, что практиканту недостаточно поощрения супервизором его ассоциативного подхода. Супервизору и практиканту необходимо принять к сведению, что применение ассоциативного мышления в супервизии существенно отличается от свободных ассоциаций, которые поощряются в психоанализе и психотерапии. Уважение к личной жизни и педагогические задачи ограничивают ассоциации по степени их полезности в супервизии.

В кабинет супервизора, расположенный в больнице с учебным центром, вошел практикант, отличавшийся смышленостью, очарованием и словоохотливостью. Он сразу заявил, что ему трудно было прийти из-за отсутствия аналитика (женщины). Супервизорский кабинет находился в том же здании, поэтому необходимость посещать супервизорские консультации усилила его переживания, вызванные отсутствием аналитика. Он сказал, что ему хотелось использовать данное время для терапии, но он счел это нецелесообразным. Границы между супервизией и терапией могут стереться, по его мнению, если учесть, что он обычно встречается с супервизором перед аналитическими занятиями. Супервизор ничего не ответил. Тогда обеспокоенный практикант заявил, что он, “похоже, влюбился” в пациентку, которая недавно пришла к нему на прием. Эти чувства были ему неприятны, поскольку в них не было сексуальной прелести, однако, у практиканта и пациентки было много общего. Не переводя дыхание, он сообщил супервизору, что вешалка в приемной супервизора напоминала ему пенис, а белый халат на вешалке — сперму. Затем он рассказал о своих детских сексуальных переживаниях, которые, возможно, связаны с подобным ассоциативным восприятием.

Рассказ стажера сначала обеспокоил супервизора. Различие между свободными ассоциациями в терапии и их использованием в супервизии, по-видимому, теряло свои очертания для практиканта. Супервизор учитывал, что некоторые практиканты стремятся превратить “неизвестное” в супервизии в “известное” в терапии, чтобы не чувствовать своей некомпетентности в ситуации обучения. Супервизор поставил перед собой вопрос, может ли практикант переносить на супервизора и пациентку некоторые сексуальные и нежные

чувства, которые возникли в его отношениях с аналитиком. Практикант сообщил, что ему нравится посещать супервизорские консультации, нравится супервизор, но он боится, что ситуация может выйти из-под контроля, если ему кто-нибудь понравится. Практикант поинтересовался, способен ли он работать с пациентами. Супервизор, хранивший молчание, решил помочь практиканту выразить свои впечатления о супервизии. Супервизор решил отказаться от глубокого исследования фантазий практиканта, опасаясь что это будет способствовать стиранию границ между терапией и супервизией. Супервизор сказал учащемуся, что его чувства и ассоциации имеют важное значение для супервизии и для его собственного анализа и могут способствовать пониманию того, что происходит с его пациенткой. Супервизор сознательно попросил практиканта рассказать о работе с пациенткой, пленившей его воображение, тем самым обратив внимание практиканта на его чувства и ассоциации в контексте терапевтической практики. Супервизор сделал это, не вмешиваясь в личную жизнь практиканта.

В процессе супервизорской консультации выяснилось, что пациентка соблазняла практиканта, хотя ее поведение и было продиктовано потребностью в любви, а с этим чувством, как считал учащийся, он был знаком. Основная задача супервизора в этой ситуации состояла не в том, чтобы критиковать или подавлять чувства, ассоциации и стремления к самоанализу учащегося, а в том, чтобы показать ему, каким образом они могут быть использованы для совершенствования его терапевтического мастерства. Например, с помощью его чувства можно было узнать, что делала пациентка, чтобы вызвать у практиканта вышеупомянутые реакции, и почему она это делала. На супервизорском занятии Практикант узнал, что сильные и неожиданные аффекты и связанные Синими воспоминания и фантазии могли привести его в смятение. В то же время они могут быть использованы в целях совершенствования, если он сможет профессионально использовать их в контексте анализа. Он мог бы на основе своего чувства влюбленности, своих ассоциаций с пенисом и своих детских воспоминаний проанализировать потребность пациентки в любви и восхищении, ее фантазии и объект-отношения, в которых данная потребность играла негативную роль. Текущая работа с супервизорами, равно как и его собственный анализ, способствуют развитию терапевтических навыков практиканта, помогают ему в управлении своими аффектами и ассоциациями.

Супервизору следовало также рассмотреть, какие реакции на практиканта могли способствовать появлению его ассоциаций. Не было ли поведение супервизора тенденциозным? Не был ли супервизор слишком молчалив или недостаточно систематичен? Не способствовало ли молчание супервизора в начале консультации исчезновению в сознании учащегося границ между супервизией и его личностным анализом? Супервизорам, как отмечает Кейсмент (1993), необходимо учитывать, что они могут усугублять проблемы практиканта.

Эта ситуация служит примером того, что ассоциативное мышление может потерпеть неудачу в супервизии. Основная опасность здесь — то неоправданное вмешательство в личную жизнь практиканта, которое приводит к смешению терапевтической и супервизорской функций. Такое происходит в том случае, если исследуются представления практиканта о том, что ситуация не безразличного ему пациента может выйти из-под контроля, или если супервизор просит учащегося подробно остановиться на своих детских сексуальных переживаниях. Такие рассуждения могут нарушить границы супервизии касательно личной жизни терапевта. Хотя супервизия и позволяет пролить свет на бессознательные конфликты практиканта, тем не менее она не является средством для их разрешения. Использование ассоциативного мышления в супервизии не должно приводить к чрезмерным отклонениям со стороны учащегося. В рамках супервизии, предполагающих достаточный уровень комфорта супервизируемого и полезность дальнейшего понимания пациента, использование ассоциативного мышления может быть полезным.

Другая опасность — чрезмерное сосредоточение на субъективном опыте терапевта в ущерб анализу пациента. В вышеописанной ситуации практиканту было необходимо понять, что в его ассоциациях проливает свет на пациента, а что — на его собственные проблемы и отношения с другими (в том числе и перенос на аналитика). Последние, в определенных обстоятельствах, могут быть перенесены на пациента или супервизора. Такое различающее уяснение достигается путем личной терапии или анализа. Супервизия создает для некоторых терапевтов удобную атмосферу для выражения ассоциаций и работы с ними. Любые мысли, ассоциации, фантазии и аффективные реакции на пациента могут привести к важным интуитивным открытиям. Тем не менее, эти реакции необходимо подвергнуть проверке путем сопоставления с другими данными, полученными на основе наблюдений за внешностью пациента, его поведением, а также тоном и содержанием речи. Терапевт, поглощенный исключительно своими ассоциациями и впечатлениями, как в случае с данным практикантом, нуждается в помощи для развития зрительного и слухового восприятия пациента, а также для обеспечения возможности построения представления о пациенте. Учитывая пристрастие практиканта к ассоциациям, супервизор в этом случае умышленно попросил его описать, что произошло в процессе его терапевтической работы с пациенткой. Кроме того, супервизор мог бы попросить практиканта принести на консультацию свои рабочие записи, тем самым помогая ему сосредоточиться на терапевтическом процессе, а не на своих ассоциациях, которые, по-видимому, не имели отношения к пациенту.

В тех случаях, когда практиканту позволяют освободиться от вторичного процесса — линейных и чисто описательных форм мышления,— ассоциативное мышление расширяется и придает существующим данным глубину. В этом выражаются предсознательные фрагменты воспоминаний, расширяются возможности использования метафор, появляется возможность выявить нелинейные и невербальные формы переживания, составляющие связи первичного процесса. Наличие этих ассоциаций помогает развить способность к индуктивному мышлению путем расширения аналогий, образов и идей, способствующих построению гипотез. Ассоциации, возникающие у терапевта в связи с его мыслями, чувствами, воспоминаниями и аффектами, оказываются неотъемлемой частью рефлективного и творческого мышления. На основе этих ассоциаций терапевт с помощью супервизора решает задачу создания новых предположений о себе и о пациенте. Ему предстоит синтезировать свои ассоциации и наблюдения. Однако это относится к задачам творческого и рефлективного мышления, к рассмотрению которых мы теперь обратимся, учитывая роль супервизора в их развитии.

Глава 4

ТВОРЧЕСКОЕ И САМОРЕФЛЕКТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ

В третьей главе мы высказали предположение, что для психотерапии и супервизии наиболее релевантными являются четыре способа мышления, и рассмотрели два из них — индуктивный и ассоциативный. Обратимся теперь к творческому и саморефлективному мышлению.

Творческое мышление

Супервизия предполагает специфическую совместную работу. Один участник периодически встречается с пациентом и конструирует образ последнего, а также его способы мышления, чувствования и поведения. Другой — супервизор, выслушивает сообщения о пациенте, помогает в создании портрета пациента, а также влияет на

совместную работу пациента и терапевта. “Правильность” образа пациента, постепенно создаваемого в процессе супервизии, может быть проверена, так как все сведения пропускаются через “фильтр” рассказа терапевта, а затем через “фильтр” восприятий супервизора. В таком процессе регистрируется и воссоздается терапевтическая “реальность”.

Какая “реальность” рассматривается во время супервизии: реальность пациента терапевта или супервизора? Безусловно, пациент рассказал бы о себе иначе, чем терапевт, если бы ему довелось присутствовать на супервизорской консультации. Однако и рассказ практиканта подкреплен фактами. Другое дело, что рассказчик осуществляет отбор самих фактов. Таким образом супервизия оказывается творческой деятельностью, которая во многом зависит от воображения. Степень новизны, гибкости и эффективности этого вида деятельности влияет на учащегося.

При описании переходных объектов и явлений Винникотт (1951) отмечает: “Эта промежуточная среда опыта, несомненно принадлежащая внутренней и внешней (общей) реальности, составляет значительную часть детского опыта и в течение всей жизни сохраняется в виде переживаний, которые относятся к сфере искусства, религии и научной деятельности” (р. 242). Прайзер (1979) развивает идеи Винникотта, исследуя творческие способности и используя термины “третий мир” и “мир иллюзиониста” для обозначения пространства, располагающегося между “внутренним, субъективным, личным миром... и внешним, объективным миром, подлинность которого подтверждена здравым смыслом” (р. 318).

Флеминг (1987), один из первых исследователей психоаналитической супервизии, использовал термин Прайзера “третий мир” в контексте супервизорского диалога для обозначения пространства, в котором доминируют иллюзии, метафоры, символы и теоретические построения. Флеминг полагал, что в процессе обучения психоаналитика необходимо обращать особое внимание на третий мир и способствовать тому, чтобы терапевт учился работать с переходными явлениями. Третий мир располагается в пространстве между релятивизмом субъективного и объективного познания. В сообщениях пациента, как, впрочем, и в сообщениях практиканта, смешиваются реальные события и вымысел. Формулировки терапевта и супервизора имеют отношение к реальности, но не совпадают с ней, а указывают на нее. По мнению Флеминга, обучение предполагает, что учащийся временно попадает в этот “переходный” мир. Заполнение мира иллюзий и теоретических построений — важный фактор в процессе обретения способности к созиданию в любой области человеческой жизни.

В психотерапии слова пациента и реакции терапевта неотделимы от третьего мира. Содержание человеческой психики (смысл, аффект, представления о себе, идентичность, самость, убеждения, ценности и личная повествовательная правда) и его символическое выражение в языке создаются из переходных, иллюзорных, воображаемых, равно как и реальных элементов.

Преподавание, по мнению Флеминга, должно помогать учащемуся в понимании и правильной оценке переходного мира, в рамках которого сосредоточены супервизия и психодинамическая терапия. Терапевт сталкивается с необходимостью погружаться в переходный мир, в котором, как отмечает Винникотт (1951), описывая переходный объект, мы не спрашиваем: “Вы сами это поняли или вам подсказали?” (рр. 239— 240). Терапевт постепенно узнает, что он не может слушать только “объективно”, пытаясь постигнуть эмпирическую “истину” о пациенте. Не может он слушать и только субъективно, поскольку в этом таится опасность проекции, чрезмерной идентификации и неправильного понимания переживаний пациента. Он должен научиться “лавировать” между этими состояниями. Иногда брать на себя роль наблюдателя, а в другие моменты с помощью эмпатии и воображения становиться участником эмоциональных переживаний своего пациента. Иногда его собственные воспоминания и аффекты требуют пристального рассмотрения. Такое

“лавирование” способствует новому пониманию психики пациента и терапевта, а также новым творческим интерпретациям клинического процесса. Это утверждение справедливо и для супервизора, который “лавирует” между идентификациями с пациентом и практикантом и своими воспоминаниями и впечатлениями. Таким образом супервизор стремится понять не только происходящее между пациентом и терапевтом, но и то, что происходит на супервизорской консультации.

Какие психологические черты необходимы для эффективного осуществления подобной деятельности и каким образом их можно развить в рамках супервизии? Для того чтобы выполнять это, практикант и супервизор должны преодолеть и выйти за пределы традиционной парадигмы. Речь идет об оригинальности, об умении комбинировать, экспериментировать с новыми моделями и производить теоретические “рокировки”. Кроме того, необходимо проявлять гибкость мышления, уметь разлагать предоставленный пациентом материал и супервизорский диалог на составные элементы, скрупулезно анализировать множество вариантов и воздерживаться от критики и цензуры предполагает также способность по-новому взглянуть на предполагаемые возможности. Выходя за пределы известных моделей, творческий подход, в конечном счете, ориентируется на какую-то традиционную смысловую структуру, становится узнаваемым и значимым для ситуации, предшествовавшей творческому акту. Творческая способность, по мнению Перкинса (1988), определяется оригинальностью и уместностью. Если изделие, мысль или произведение искусства не отличается оригинальностью, его нельзя считать творческим. Тем не менее, оригинальность не соответствующая определенному контексту, оказывается причудливым эксцентризмом и способна вызывать идиосинкразию. Стало быть, если искать творческое мышление у супервизируемых, то у супервизоров может появиться ряд вопросов. Пытаются ли они определить наличие творческого мышления у практикантов? Каким образом они определяют наличие и ценность творческого мышления и оценивают его? Дорожат ли они творческим мышлением в том случае, если оно вступает в противоречие с их собственной точкой зрения? Поддается ли творческое мышление развитию и поддержке, в том случае, если практиканту предоставляется возможность мыслить нестандартно и творчески? Некоторые элементы творческого мышления можно оценить и поддержать в процессе супервизорских консультаций. Терапевт создает образ пациента, синтезируя разрозненные данные, аффекты, впечатления, теоретические построения и замечания супервизора. Супервизорам необходимо обращать внимание на оригинальность мышления учащихся. Любознательность представляет собой стремление рассматривать предметы с различных точек зрения и, что самое важное, действовать в направлении синтеза. Практикующие терапевты используют в работе эти способности и супервизоры могут помочь учащимся в их развитии.

Рассмотрим следующий пример. Психотерапевт с двухлетним стажем проводил лечение мужчины в возрасте до тридцати лет, к которому был очень привязан. Глубоко заинтересованный в исходе терапии доктор Т. интересно и пристрастно охарактеризовал пациента на супервизорской консультации. После года лечения пациент, мистер О., решил переехать в другую часть страны, чтобы убедиться, способен ли он “обойтись” без помощи семьи и терапевта. Ему казалось, что сделать это будет очень трудно, поскольку он уже потерпел несколько унизительных неудач, пытаясь стать не зависимым от семьи. Иногда он ставил перед собой невероятно трудные задачи, желая себя проверить. Мистер О. полагал, что переезд — один из важнейших этапов на этом пути.

Доктор Т. понимал, что стремление пациента к переезду возникло в тот момент терапии, когда мистер О. сердился на терапевта по поводу проблем, возникших в связи с неоплаченными медицинскими счетами. Пациенту необходимо было погасить большую задолженность клинике, в которой он состоял на учете, в противном случае ему грозило прекращение лечения. Обсуждая эту проблему, пациент испытывал чувство беспокойства.

Терапевт сознавал, что пациент стремится осуществить “географическое лечение”, решив тем самым проблемы с семьей, клиникой и собственным переносом. Кроме того, он благожелательно относился к стремлению стать независимым, которое нашло выражение в плане мистера О. Однако доктор Т. не хотел расставаться с этим пациентом. Неуверенность в том, как лучше рассматривать ситуацию и как необходимо говорить с пациентом о его планах, вызывала у терапевта чувство беспокойства.

Супервизор сознавал, что доктор Т. испытывал сильное желание узнать, какое решение примет наконец мистер О. Было ли это стремление шагом к обретению независимости или бегством от гнева на семью и терапевта? Стремление найти “правильный” способ рассмотрения ситуации, по мнению супервизора, ограничивало возможности доктора Т. в плане ассоциации и не позволяло ему полно и свободно рассматривать ситуацию.

Стремясь оказать практиканту помощь в контексте свободного ассоциирования по поводу данной ситуации, супервизор сначала предложил доктору Т. совместными усилиями определить, что могло бы означать решение пациента. Доктор Т. быстро и умело изложил ряд предложений, в том числе стремление к независимости, желание проверить терапевта, реакция переноса, в контексте которой мистер О. рассматривал доктора Т. как строгого отца. Сюда включались и острая потребность в самоуважении путем установления контроля за ситуацией и постановки важной задачи, достижение которой может оказаться не по силам пациенту, и бегство от своих конфликтов, связанных с лечением и семьей. Однако этот внушительный перечень произвел на супервизора впечатление поверхностного пересказа предшествовавших размышлений, изложенных без всякого интереса. Настоятельная потребность найти ответ не позволяла ему свободно и гибко рассматривать проблему.

Супервизор мог бы расспросить доктора Т. о его отношении к тому, что пациенту угрожает прекращение лечения, причем после того, как терапевт затратил так много времени и сил на оказание ему помощи.

Супервизор решил сосредоточиться на обсуждении реакций пациента, а не терапевта в надежде на свободное обсуждение. Прежде всего он отметил, что мистер О. имел склонность к патетике, описывая задуманную поездку так, "словно он мог вернуться из нее “со щитом или на щите”. Эта склонность говорила о том, как пациент воспринимал проблемы, что и обуславливало его страдания. Супервизору пришли на ум два образа, о которых он сообщил терапевту. Во-первых, образ Гекльберри Финна, отправляющегося на плоту открывать большой мир. Во-вторых, сцена из фильма, поставленного по произведению Турбера “Тайная Жизнь Уолтера Митты”. Отважный Дэнни Кей, исполняющий роль главного героя, собирается преследовать преступников, но колеблется, боясь, что мать его куда-нибудь уйдет. Эти ассоциации вели к концепции Винникотта о чувстве одиночества в присутствии другого лица и о воспитательном этапе обучения ребенка ходьбе, а также стремлении ребенка к независимости. Вместе с тем существует потребность убедиться в возможности безопасного возвращения, которая отмечается также у подростков и многих молодых людей. Стремление мистера О. разобраться в своей жизни побудило его устремиться к смелым поступкам, мысль о которых, как и в случае Уолтера Митты, вызывала у него страх разлуки. Супервизор отметил, что планы пациента определялись множеством факторов и олицетворяли как конфликты, так и адаптивные попытки защититься от них. Он выдвинул предположение, что конечное решение по вопросу “обоснованности” или “необоснованности” планируемого переезда слишком упростит понимание сообщения пациента.

Применяя этот подход, супервизор показал, что можно с пользой применять свои ассоциации и умение синтезировать не связанные на первый взгляд между собой образы (Гекльберри Финн и Дэнни Кей). Его собственные ассоциации с произведениями искусства внесли в обсуждение ситуации элемент юмора, способствовали рассмотрению проблемы под новым углом зрения. Кроме того, супервизор показал, каким образом ассоциации и фантазии могут

приводить к психодинамической теории и каким образом можно синтезировать несопоставимые образы. Супервизор напомнил доктору Т. о том, что существуют возможности использования ассоциативного и творческого мышления в его работе. После этого доктор Т. начал спокойнее относиться к проблеме конечного решения в контексте планов своего пациента. У него появилась большая терпимость и внимательность к неоднозначности и синтезу противоречивых на первый взгляд подходов, он также смог исследовать амбивалентности пациента, поддерживая его стремление к независимости.

Впоследствии доктор Т. отметил, что в тех случаях, когда он беспокоился о том, чтобы поступить правильно, пациенту, вероятно, казалось, что он занят по горло работой и не способен обратить внимание на переживания пациента. Когда терапевт признал, что не существует единственного способа понимания материала, равно как и единственного правильного способа действия, он смог успокоиться и благодаря этому слушать пациента более внимательно и эффективно.

Перкинс (1988) писал об элементах творческой способности, которые имеют непосредственное отношение к супервизорской ситуации. Он полагает, что интеллектуальные способности в сочетании с умением изложить ряд идей по определенной теме и способностью формировать различные идеи являются основой для творческого мышления. Читая без особого интереса перечень формулировок по поводу поведения пациента, доктор Т. проявлял компетентность, но гибкость в его подходе отсутствовала. Еще одним элементом творческого мышления является умение свободно ассоциировать без привязки ко времени и месту рассматриваемой проблемы.

Перкинс рассматривает стратегии и схемы, применяемые в умственной деятельности и имеющие существенное значение для творческих способностей. Он рассматривает вопрос “обнаружения проблемы”, исследования различных способов постановки проблемы перед принятием по ее поводу оптимального решения и подчеркивает важность такого подхода. В супервизии так происходит в тех случаях, когда исследование приводит к следующему: “Этот элемент поведения действительно представляет интерес. Давайте попробуем разобраться, как нам рассматривать его. Рассмотрим его с различных точек зрения и решим, как можно сформулировать проблему, которую данный элемент поставил перед пациентом и Вами”. Этот подход существенно отличается от метода “правильной” интерпретации супервизором мыслей и поведения пациента. Перкинс полагает, что мышление по аналогии, а также способность мыслить от противного способствуют развитию творческого мышления. В супервизорской практике возможность рассмотрения различных гипотез, впечатлений, наблюдений и сомнений предполагает существование способности терпимо относиться к неопределенностям и скептически — к теории. Стремление мыслить от противного и синтезировать противоположности, что может рассматриваться в супервизии как сопротивление практиканта, действительно способствует развитию творческого мышления.

Перкинс также упоминает личные качества, которые оказывают влияние на форму, направление и рамки творческого процесса. Произведение художника создается, исходя из личных предпочтений: любовь к красоте или экспрессии, к открытию или, скажем, иронии. Один терапевт склонен помогать и облегчать страдания, другой — понимать переживания пациента или самоанализ, третий — “объективно” описывать психическую деятельность пациента. В каждом случае поведение терапевта определяется его взглядами и личными качествами.

Перкинс рассматривает ряд черт, которые характерны для творческих способностей вообще. К числу таких черт он относит оригинальность, тактичность, изящество, интерес к фундаментальным вопросам, а также способность действовать в неопределенных и сложных обстоятельствах в сочетании со стремлением прояснить неопределенность. В психотерапии и супервизии терапевты и супервизоры обладают различными качествами, которые определяют их работу. Если характерные черты супервизора и практиканта очень

различаются их, необходимо выявить и обсудить. В клинической практике существуют задачи, например, облегчение страданий пациента, неотложные требования, необходимость принимать ответственные решения и психодинамические факторы, например, дезорганизующее воздействие общего беспокойства на пациентов и терапевтов, которые необходимо осознавать и учитывать, несмотря на то, что это ограничивает творческие возможности.

Оценка творческого мышления

При оценке уровня творческого мышления терапевта супервизор пытается оценить способность учащегося учитывать при обсуждении на супервизорском занятии идеи, ассоциации и интуитивные догадки, которые имеют непосредственное отношение к терапевтическому материалу. Находит ли практикант аналогии? Проявляет ли практикант склонность применять их и работать с предложенными супервизором метафорами и аналогиями? Способен ли практикант принимать во внимание новые точки зрения и способы рассмотрения проблемы? Насколько непредубежденно он относится к незнакомым ему теориям? Способен ли терапевт “нарисовать” образный, яркий, трехмерный психологический портрет пациента, который проливал бы свет на конфликты пациента? Может ли практикант построить формулировку, которая отличалась бы оригинальностью (а не механическим пересказом учебника) и в то же время соответствовала действительности? В какой мере практикант способен действовать в обстановке неопределенности? В какой мере практикант может экспериментировать с материалом, сотрудничая с супервизором?

В то же время существуют особенности способа познания учащегося, которые, ограничивают творческое мышление: неспособность действовать в обстановке неопределенности, чувство дискомфорта, возникающее в сложных ситуациях и в связи с аффектами, а также неспособность ассоциировать. Существуют также факторы, которые могут препятствовать реализации творческого мышления даже у талантливой личности, например, приверженность к расхожим истинам, потребность в идеализированном авторитете, чрезмерная застенчивость, боязнь критики. Конфликты с супервизором могут привести к вынужденному признанию правильности взглядов супервизора и к отказу от своих представлений.

У супервизора могут быть свои границы понимания, к числу которых относятся различные когнитивные, аффективные и динамические особенности, а также черты, связанные с контрпереносом. Что происходит, если попытки учащегося выразить свои творческие взгляды приводят к созданию гипотез, которые противоречат выводам супервизора или теории психотерапии? Что происходит, если взгляды учащегося становятся причиной конфликтов, как в случае с терапевтом, который в начале супервизии заявил, что уже отказался от услуг нескольких супервизоров? Потребность супервизора демонстрировать свои творческие возможности нередко мешает самовыражению учащегося. Для оценки творческих возможностей учащегося супервизор должен предоставить ему достаточно времени для того, чтобы он проявил себя. Некоторые супервизоры поступают иначе. Практикант нередко представляет на рассмотрение супервизора необработанные записи, а супервизор пассивно слушает объяснения терапевта. Супервизор выступает в роли человека, дающего ответы, и мешает тем самым творческому обучению практиканта. Разумеется, учащиеся могут извлекать пользу из такого обучения, но часто данный метод обучения служит для супервизора средством защиты от неприятных чувств, возникающих как реакция на попытки учащегося реализовать независимый творческий подход. Учащийся и супервизор нередко действуют “в сговоре”, подавляя любые возможности творческого обучения. Обратимся к следующему примеру.

На консультацию с известным супервизором пришла женщина, занимающаяся научной работой после защиты докторской диссертации. Она призналась ему, что волновалась перед консультацией, поскольку ей сказали, что супервизор может вести себя “очень развязно”. Она боялась показаться неопытной и вызвать у супервизора чувство раздражения. Поэтому она стала вести себя, как прилежная и почтительная студентка. В течение некоторого времени такая ситуация устраивала обоих участников. Практикантка ценила замечания супервизора и многое почерпнула из их совместной работы. На утренние супервизорские занятия она несколько раз приносила кофе, не забывая захватить чашечку и для супервизора. Супервизорские занятия доставляли удовольствие супервизору, как, впрочем, и его подопечной, до тех пор, пока однажды он не заметил, с каким нетерпением он ждал ее посещений. Однажды практикантка отменила занятие, и супервизор почувствовал себя обиженным; он был немного обеспокоен и не смог как следует распорядиться свободным временем.

Ему показалось, что супервизорские занятия мало напоминают работу. Почему же они доставляли ему такое удовольствие? Практикантка была способным, внимательным врачом. Супервизор вспомнил непринужденные беседы, которые он вел с матерью. Они засиживались допоздна за уютным кухонным столом. Она давала ему что-нибудь перекусить и слушала, как он делился с ней своими юношескими взглядами на жизнь. Супервизор понял, что получал удовольствие от милой покорности практикантки, ограничивая ее творческое мышление.

Возобновив супервизорские занятия, супервизор обратил внимание на то, что его подопечная действительно подавляла независимое, творческое мышление, сводя к минимуму разногласия между ними и признавая Правоту супервизора. Кроме того, он заметил, что она старалась избежать интерпретаций, способных, по ее мнению, вызвать у пациента чувство дискомфорта. В начале супервизорских занятий она нередко предлагала ему что-нибудь вкусненькое, прежде чем лакомилась сама. Супервизор обратил внимание практикантки на то, что она не сообщала о раздражении пациента по отношению к ней и свое раздражение по отношению к пациенту. Это привело к обсуждению того, что на супервизорских занятиях практикантка “проглатывала” иногда все, что ей предлагал супервизор. При этом не упоминались ни ассоциации супервизора с его отрочеством, ни сладости и кофе, предлагаемые практиканткой. Тем не менее, ассоциации супервизора со своими переживаниями и его наблюдения за практиканткой были использованы для понимания проблемы и преодоления препятствий на пути использования творческих способностей практикантки. Супервизору понадобилось определить проблему, а затем проанализировать в какой мере лично он способствовал ее возникновению.

Поощрение в развитии творческого мышления

Супервизор может оказать учащемуся помощь в развитии творческого мышления, используя ряд методов. К числу таких методов относятся: сознательное погружение в материал с помощью фантазии (моделирование, на примере Гекльберри Финна и Дэнни Кейна); ознакомление учащегося с умозрительной и изменчивой природой данных, а также с тем, что понимание пациентов — акт творческий (дидактический подход): постановка вопросов с целью включить терапевта в процесс задавания вопросов и исследования символического значения очевидных событий (сократический метод); поощрение нерешительных попыток учащегося создать психологический портрет своего пациента (разрешение и поощрение). Супервизор может обратить внимание учащегося на те эпизоды, когда он проявляет излишний педантизм, субъективизм или покорность.

В другом случае супервизор предложил терапевту проанализировать сообщение

пациентки, не принимая его буквально. Доктор Р. проработала два года терапевтом, когда к ней поступила на лечение миссис В., женщина приблизительно 25-летнего возраста. В историю ее болезни были занесены многочисленные суицидные попытки, неоднократные госпитализации, депрессия. Обычное, “соматическое” лечение не помогло ей избавиться от депрессии. Она сообщала о чувстве безысходности, которое сопровождалось желанием убить себя. Она выросла в дурной семье. Мать часто убегала из дома, чтобы защититься от мужа, склонного к физическому насилию. Дети оставались наедине с разъяренным отцом. Пациентка не смогла вспомнить ни одного случая физического или сексуального насилия по отношению к ней. Терапевты тоже не верили в это. В процессе лечения она выглядела беспомощной и настоятельно просила терапевта помочь ей найти друга, квартиру и работу. Доктор Р. считала пациентку доброй, отзывчивой женщиной, обладавшей хорошим чувством юмора, приятной улыбкой. У пациентки был внимательный взгляд, она преклонялась перед терапевтом. Миссис В. чувствовала себя одинокой, как-будто она была “не от мира сего”.

Однажды доктор Р. пришла на супервизорскую консультацию с крайне озабоченным лицом. Миссис В. постоянно звонила ей и начинала все разговоры словами “Я в отчаянии”, после этого следовало долгое молчание. Доктор Р. была встревожена и не знала, как ей поступить. Затем между ней и супервизором состоялся следующий диалог:

Супервизор: Как вы думаете, почему пациентка именно таким образом начинает все разговоры?

Доктор Р: Может быть, она старается, чтобы я встревожилась.(Здесь терапевт изложила гипотезу).

Супервизор: Как вы думаете, почему она хочет, чтобы вы встревожились? (Супервизор просит практикантку подробнее изложить свою гипотезу).

Доктор Р.: Может быть, это способ поддержать отношения.

Супервизор: Как вы думаете, чего она боится в случае, если ей не удастся вызвать у вас чувство тревоги?

Доктор Р: Чувства одиночества?

Супервизор: Мне эта мысль тоже пришла в голову... Пожалуй, в этом что-то есть.

Говоря “пожалуй”, супервизор все еще считает боязнь пациентки остаться покинутой, гипотетической.

Супервизор: Может быть, говоря “Я в отчаянии”, пациентка хочет сказать “Не уходите!” Если следовать такой интерпретации, то на ее слова “Я в отчаянии” Вы могли бы ответить “Я с Вами” и посмотреть, что произойдет.

Супервизор считает, что гипотезу необходимо подтвердить или опровергнуть в зависимости от реакции пациентки. Теперь доктор Р. успокаивается.

Мы рассмотрели простой пример сотрудничества терапевта и супервизора с целью осмысления сообщения пациентки. Если достигнутое понимание может показаться опытному терапевту обыкновенным событием, то для новичка оно является творческим актом. Супервизор применил сократический метод, задав ряд вопросов, предназначенных помочь терапевту включиться в процесс расшифровки. Это привело к изменению точки зрения. Вместо буквального понимания утверждения “Я в отчаянии” (которое наводит на мысль о безысходности, депрессии, самоубийстве и провале лечения) супервизор дал ему новое толкование — обращение пациентки к терапевту с мольбой не покидать ее. Такое толкование привело к взаимодействию двух лиц, которое, как ни парадоксально, вселило надежду и позволило перевести сообщение из декларативной формы в императивную. Новое толкование позволило доктору Р. успокоиться, обеспечив таким образом большую гибкость мышления. Когда доктор Р. была встревожена, ее мысли сосредоточились на вопросах “В безопасности ли миссис В? Что я должна сделать?” Супервизор помог ей переформулировать вопросы следующим образом: что имеет в виду пациентка и как терапевту реагировать на

это. Как только акцент супервизии переместился с узкой проблемы обеспечения безопасности на понимание и реагирование, перед пациенткой и терапевтом открылись широкие возможности. После того как были найдены необходимые слова для пациентки, терапевт обрела способность более откровенно говорить о чувствах раздражения и болезненного возбуждения, которые вызывала у нее миссис В. Если раздражение было вызвано, в частности, постоянными требованиями пациентки оказать ей помощь, то основной причиной возбуждения было неверие терапевта в возможность самостоятельно найти способ понимания. Обсуждение с супервизором своего раздражения, было первым шагом на пути к использованию подобных чувств для лучшего понимания природы взаимодействия терапевта и пациента. Это помогло практикантке воздержаться от воспроизведения в форме молчания или раздражения чувства покинутости, которое испытывала пациентка, провоцируя других на такое же поведение.

Такую супервизорскую ситуацию нельзя назвать уникальной. В настоящее время широко применяется метод прослушивания замечаний пациентов личного характера с целью выявления их значения в контексте межличностных отношений. Для терапевта, проходящего практику, этот процесс предполагает создание нового психологического портрета пациента, выработку нового способа понимания слов пациента, а также наличие интеллектуальной и эмоциональной гибкости, умения менять точку зрения, разбирать на составные элементы непосредственное значение слов и строить тем самым новые предположения. Этот процесс предполагает понимание принципа амбивалентности, понимание того, что, например, безнадежность может означать надежду, а гнев — любовь. Супервизор руководит процессом совместного построения новых значений, которые впоследствии будут рассматриваться, дополняться, корректироваться и совершенствоваться в диалоге между терапевтом и пациентом.

Мы уже упоминали “третий мир”, исследованный Флемингом, и “переходные явления” Винникотта. Винникотт использовал понятие потенциального пространства, чтобы определить область, расположению между вымыслом и реальностью. Потенциальное пространство не является ни “внутренним”, ни “внешним”; оно находится “между субъективным объектом и субъективно воспринятым объектом” (1967, p. 100). Потенциальное пространство заполнено иллюзиями, игрой и символами. Оно содержит “игровое пространство область культурных событий, область переходных объектов и явлений, аналитическое пространство и область творчества” (Ogden, 1985, p. 129). В супервизорской ситуации супервизор стремится расширить потенциальное пространство, в котором картина реального сотрудничества между пациентом и терапевтом воссоздается сначала на основе возвращения терапевта к результатам терапевтических наблюдений, а затем путем новых интерпретаций, осуществляемых совместными усилиями терапевта и супервизора, которых интересует не столько достижение единства в мнении о внешней реальности, сколько формирование концепции по поводу терапевтической консультации. Существование реальности, однако, не отрицается. В упомянутом случае испытываемое пациенткой чувство отчаяния рассматривается в контексте самоубийства и возможной госпитализации.

С другой стороны, созданный образ пациента не является плодом Только фантазии; сотворенный образ не есть чистый результат внутреннего творения под магическим контролем. В то же время нельзя отказывать фантазии и субъективности (терапевта и супервизора) в праве на участие в создании образа пациента. Супервизорское пространство иногда становится пространством потенциальным, действуя в котором, Терапевт и супервизор не знают точно, изучают ли они пациента или “сотворяют его”.

Как показывает данный пример, один из самых значительных факторов, участвующих в сокращении пространства интеллектуальной игры с последующей попыткой переориентировать ее на реальность, проявляется в тот момент, когда одному из участников

— пациенту, терапевту или супервизору — угрожает опасность. Если отчаяние пациентки создает угрозу самоубийства, тогда терапевту (а иногда и супервизору) становится сложнее экспериментировать с материалом. Боязнь учащегося Допустить ошибку, которая приведет к смерти пациента, делает игру воображения опасной. В таких случаях учащийся торопится заменить исследование действием (госпитализацией, прекращением лечения и т.д.). Супервизор также должен учитывать опасность ситуации и помогать терапевту в обеспечении максимальной безопасности пациента. Безусловно, чем больше супервизор беспокоится о безопасности пациента, тем менее он способен на непредвзятое исследование. Разумеется, существуют моменты, когда прежде всего необходимо действовать и только впоследствии проводить глубокое исследование. Анализ реальности и исчезновение опасности помогают восстановить игровое пространство.

Не менее значительным фактором, способным подтолкнуть к завершению, является контрперенос. В тех случаях, когда терапевт находится под давлением сильных чувств и переживаний — гнева, тревоги — или попадает под влияние безысходности, в его сознании может произойти сужение потенциального пространства в направлении чрезмерной субъективности. Иногда это связано с фантазиями о безграничной власти терапевта над пациентом. Терапевт может полагать, что пациент ни при каких обстоятельствах не совершит самоубийство, будучи убежденным в своей способности отговорить его от самоубийства. Здесь напрашивается аналогия с ребенком, который ощущает безграничную власть над переходным объектом. Потребность установить контроль над пациентом или спасти его может приобрести первостепенное значение, и тогда место совместного исследования занимает бескомпромиссная борьба за господство. В упомянутом случае супервизор уделил достаточно внимания данному переживанию, помогая терапевту использовать фантазии и контрперенос. В то же время супервизор отстаивал целостность потенциального пространства. Следующий пример свидетельствует о том, что контрперенос может мешать стремлению понять пациента.

Замужняя практикантка, обычно проявлявшая гибкость в реагировании на пациентов, пришла в состояние сильного раздражения, когда ее незамужняя пациентка проявила интерес к искусственному оплодотворению. Она пожаловалась своему супервизору на безответственное поведение пациентки, которая собиралась зачать ребенка таким способом. Это была защитная реакция пациентки на чувство предстоящего одиночества, поскольку практикантка намеревалась отправиться в отпуск. Чувства нетерпимости и отвращения, вызванные пациенткой у практикантки, ярко проявились на супервизии и не столь ярко в разговоре с пациенткой. Практикантка, обычно проявлявшая интерес к своей пациентке, не стала выяснять, чем вызвано подобное желание пациентки, хотя это и позволило бы подключить к исследованию воображение.

Вместо этого она конкретизировала намерения пациентки, спросив, когда она собирается совершить искусственное оплодотворение и куда она намеревается для этого обратиться. Почувствовав опасность во внезапном изменении подхода терапевта, пациентка во время последующих визитов к терапевту более не касалась вопроса рождения ребенка.

Супервизор знал, что практикантка, которая была значительно моложе своей пациентки, была бездетной. Но ему ничего не было известно о семейных планах терапевта и ее мужа. Практикантка, которая обычно без предубеждения относилась к своим переживаниям, не провела параллелей между желаниями пациентки иметь ребенка и какими-либо аспектами своей личной жизни, поэтому супервизор решил не задавать вопросы, посчитав, что они могут показаться назойливыми. Вместо этого он постарался пробудить в практикантке дух исследования, деликатно отметив, что у практикантки, по-видимому, есть много соображений по поводу намерения пациентки зачать ребенка. Терапевт с готовностью согласилась с ним и вновь заявила, что это в высшей мере безответственное намерение. Пациентке придется много работать, сказала она, зачем заводить ребенка, если кто-то другой

будет его воспитывать?

Супервизор реагировал на это сочувственным кивком головы, а затем спросил, каким образом эти взгляды повлияли на то, что она сказала своей пациентке. Практикантка покраснела от смущения. "По-моему, я сосредоточилась на том, что она собирается сделать, потому что я не хотела, чтобы она это делала, Я не спрашивала ее, чего она хочет добиться, родив ребенка". Супервизор согласился и подчеркнул, что глубокая взволнованность практикантки временно помешала ей осуществить плодотворный поиск. На следующей консультации практикантка смогла расспросить пациентку о ребенке и исследовать ее фантазии об искусственном оплодотворении. Все это было сделано без расспросов супервизора о личных планах практикантки относительно детей.

На любознательность и воздержание от преждевременного завершения строительства клинической картины воздействует необходимость обеспечить лечение, безопасность, выработать метод и т. д. Применение творческого мышления в психотерапии и супервизии определяется его уместностью в плане значения и соответствующих действий, а также полезностью предлагаемых интерпретаций. В отличие от пациента, который считает, что причиной его депрессии является, скажем, расположение звезд, терапевт придерживается несколько иных взглядов на каузальную связь и в своем стремлении к пониманию пациента пытается расширить его высказывания, придать им новое, дополнительное значение. Теории терапевта влияют на ход его рассуждения аналогично тому, как теоретические позиции пациента определяют его дискурс. Супервизор иногда может помочь практиканту ясно сформулировать идею, которая лежит в основе его рассуждений. В связи с этим ограничение творческого подхода (необходимость придерживаться определенного смыслового контекста) могут принять вид сужений, ограничивающих гибкость мышления. Те ограничения, которые рассматриваются супервизором и его подопечным как границы приемлемых теорий и выводов, могут либо обеспечивать уместность подхода, либо приводить к догматизму. Любознательность и здоровый скептицизм практиканта подавляются в тех случаях, когда супервизор слишком заинтересован в сохранении определенной точки зрения. Многообразие точек зрения может способствовать дальнейшему исследованию и образной интеграции. В то же время теоретические неопределенности могут способствовать развитию защитных механизмов, ограничивающих возможности творческого исследования. В тех случаях, когда супервизор является сторонником собственного психологического подхода, он не способен оказать практиканту помощь в реализации творческого мышления применительно к данной ситуации. Возможно, самое лучшее, что он может сделать,— это признать пределы своих преподавательских возможностей.

Супервизоры должны помогать терапевту "равномерно распределять внимание", чтобы предотвратить погружение последнего в свои теории и сохранить восприимчивость к иным представлениям. Развитие творческого мышления может состояться только в потенциальном пространстве непредвзятого восприятия, и поэтому особого внимания заслуживает гармония с самим собой и другими, а не только с определенными теориями и методиками. Практиканты знакомы с противоречивыми теориями и поэтому в первую очередь должны стремиться понять их, а уже затем максимально интегрировать в свое мышление. Это невероятно трудная задача, и учащиеся естественно обращаются за помощью к своим супервизорам. Супервизор может помочь учащемуся в развитии творческого способа прослушивания пациента, который не определяется определенной теорией.

Как показало наше исследование, роль супервизора в развитии ассоциативного и творческого мышления — особенность самоанализа. Если на супервизорских занятиях практикант свободно применяет ассоциативный метод мышления, тогда его ассоциации могут многое сообщить ему о его чувствах и переживаниях. Гибкость мышления и способность входить в "игровое пространство", к.оторые являются непременными спутниками творческого мышления, также предполагают использование воспоминаний,

мыслей, чувств и фантазий самого практиканта. Роль самоанализа в процессе обучения терапевта и в супервизии исследуется в следующем разделе.

Саморефлексия

Для индуктивного, ассоциативного и творческого способов мышления характерно использование соответствующих видов рассуждения. Саморефлексию отличает сам объект размышления. Саморефлексию можно определить как направление ума для наблюдения за его же деятельностью, способной проявляться в форме мыслей, чувств, фантазий, образов и воспоминаний. Саморефлексия включает также размышление о той деятельности, в которой ум участвует в данный момент, например, стремление понять пациента и т. д.

Саморефлексия — основная часть терапевтического опыта любого пациента, способствующая развитию самосознания и интуиции. Саморефлексия — один из важнейших аспектов деятельности терапевта, овладевающего искусством психотерапии. Развитие саморефлексии осуществляется с помощью личного психоанализа и психотерапии терапевта. Тем не менее, на супервизорских занятиях терапевты стремятся преодолеть тревожные чувства, воспоминания, фантазии и дестабилизирующие импульсы, возникающие как следствие работы с пациентами. В какой мере эти переживания исследуются и используются на супервизорских занятиях? Практиканты отличаются друг от друга, обладая различными способностям к самоуглублению. В какой-то мере саморефлексия представляет собой определенный способ мышления, который поддается оценке, развитию и преподаванию в супервизорской ситуации. Тем не менее, поощрение этого способа мышления поднимает больше проблем, связанных с рамками исследования, осуществляемого супервизором, чем любой другой из рассматриваемых нами способов. Это связано с тем, что, пытаясь помочь в развитии саморефлексии, супервизор нередко вмешивается в личную жизнь практиканта (Betcher and Zinberg, 1988) и искажает тем самым обучение. (В пятой главе поднимается связанный с этим допрос о том, насколько личной должна быть супервизия).

Мы собираемся рассмотреть три основных аспекта саморефлексии: процесс саморефлексии, применение результатов саморефлексии в психотерапевтической и психоаналитической практике и управление саморефлексией в супервизии.

Осуществление саморефлексии

Пределы, в которых мы можем рассматривать и описывать своп умственные процессы — текущие аффективные реакции, фантазии, импульсы, воспоминания, изменение степени возбуждения и т. д.— при общении с пациентом, определяются нашими проблемами, характером, образованием, опытом и “психологическим настроем”. Тем не менее, значение, которое мы придаем саморефлексии, объясняется не столько врожденными склонностями и факторами внутренней динамики, сколько — сознательным убеждением в том, что самоуглубление имеет важное значение в обучении терапевта.

Супервизия помогает терапевту придти к такому убеждению. Он учится определять вид психической деятельности, которой занимается в данный момент, и прослеживать свою связь с тем, что ему сообщают. Например, в процессе психотерапии терапевт стремится понять пациента. Терапевт, осознанно или неосознанно, старается улучшить свое самочувствие или самочувствие пациента даже в тех случаях, когда это стремление мешает пониманию. Терапевт не старается понимать пациента в том случае, когда его тревожит предлагаемое понимание. Когда пациент проявляет враждебное отношение к терапевту или по отношению к другому лицу, терапевт бывает склонен не замечать существование таких чувств у пациента и подавлять свои аффективные реакции, способные привести его к осознанию таких чувств.

Наряду с этим он может занять непредвзятую позицию по отношению к фантазиям и воспоминаниям о насилии, которые помогают ему лучше понять аффективное состояние пациента.

С помощью супервизора терапевт-практикант может научиться определять свою умственную деятельность на основе саморефлексии. Приступив к анализу человека, который ранее оставил ряд попыток лечиться, практикант сосредоточил свое внимание на событиях, которые произошли в личной жизни пациента. Он не расспрашивал пациента о том, что тот чувствовал во время аналитических сеансов. Когда супервизор обратил внимание на такой метод исследования, практикант понял, что на его подход к лечению повлияло беспокойство о том, что пациент откажется от терапии. Он опасался, что пациент выразит свое разочарование в лечении, если спросить его об этом.

Если терапевт размышляет о природе своей терапевтической деятельности, он начинает мыслить о том, какая теория или модель применяется им для систематизации данных о пациенте и почему этой теории отдано предпочтение перед другими. Изменчивый характер психотерапевтической теории позволяет применять множество моделей для систематизации материала. Один терапевт может последовательно применять только одну теорию человеческого развития, стремясь систематизировать клинические данные. Другой терапевт может применять различные психологические теории. Одна из особенностей саморефлексии — осознание того, какая модель принимается, а также определение способа и времени ее применения.

Однажды на терапевтическую консультацию пришел молодой человек, который был раздражен длительным ожиданием в приемной. Это чувство подчеркивало неравенство в отношениях между ним, пациентом •и его терапевтом, который заставил его ждать. То, как терапевт выслушивает жалобы пациента — преимущественно в терминах его борьбы с противоречивыми чувствами (агрессией, завистью, желанием быть властным) или же в атмосфере какого-либо вреда, повлекшего утрату самооценки (акцентация чувства стыда, неадекватности, ущербности, скрытой под гневом) — зависит отчасти от той теоретической модели, которую использует терапевт.

Супервизируемые, естественно, экспериментируют с различными подходами, стараясь выяснить, какой из них окажется более предпочтительным. Обучение терапевта предполагает идентификацию с наставниками, а также их теоретическими взглядами. Иногда терапевт полностью погружается в рассмотрение “психического ландшафта” пациента и не замечает тех линз, через которые он это делает. Иногда он внимательно изучает сами линзы, т. е. рассматривает способ или саму используемую теорию и идентификации. Саморефлексия подчеркивает осознание своей деятельности, связи между прослушиванием пациента, применением теории, идентификацией со своим наставником и собственными клиническими впечатлениями.

У супервизора также существуют свои теории, к которым он пришел путем идентификаций и клинического опыта. Если супервизор сохраняет гибкость и непредвзятость в своем подходе к переживаниям и теоретическим экспериментам своих учащихся, тогда постоянный анализ своей приверженности определенным теориям — какие моменты и почему он признал или не признал полезными — становится важной частью его работы. В следующем примере саморефлексия привела супервизора к интуитивному пониманию своей реакции на некоторые теории.

На протяжении ряда лет супервизор испытывал чувство неприязни к теориям Мелани Клейн, особенно к ее настойчивому утверждению, что на ранней стадии своего развития ребенок противостоит инстинкту смерти с помощью параноидных и проективных механизмов. Он систематически излагал своим практикантам возражения многих противников ее точки зрения, согласно которой в течение первых месяцев жизни ребенок пребывает в параноидно-шизоидном состоянии. Просматривая работы Клейн при подготовке

к преподаванию теоретического курса, супервизор заметил, что чтение ее теорий вызывает у него чувство дискомфорта, определить причины которого он не мог. По всей видимости, именно это чувство не позволяло ему оценить теоретические достижения Клейн. Вначале он решил, что это предубеждение — результат сильной идентификации со своими психоаналитическими наставниками, которые свысока смотрели на исследовательскую работу Мелани Клейн. Тогда он задался вопросом, почему эта идентификация была ему еще необходима и от чего она его оберегала. Он размышлял об этом, направляясь на свой еженедельный сеанс массажа. В тот день массажистка неожиданно прикоснулась пальцами к тому месту за его ушами, где в двухлетнем возрасте для предотвращения опасной инфекции ему удалили сосцевидные отростки. Лежа обнаженным под простыней и ощущая, как участки за его ушами подвергаются энергичному воздействию,— физическое напоминание о детских переживаниях, связанных с хирургической операцией,— он вновь пережил давно подавленные чувства печали, тревоги, беспомощности и гнева на свою мать, на которую он,— тогда еще ребенок, только начинающий ходить,— возлагал вину за боль, причиненную хирургической операцией.

Вернувшись в тот вечер к чтению работы Клейн, он смог отчетливо разобраться в причинах неприязни, которую испытывал к ее теориям о детской параноидной установке и проекции инстинкта смерти. Он использовал свою идентификацию с преподавателями (в том числе с аналитиком, руководившим его практикой), которыми он восхищался, как средство защиты от непреодоленных чувств, вызванных опасной болезнью и ранней разлукой с матерью. Сильная идентификация с преподавателями и их теориями знаменовала переход от воображаемой, опасной матери (которую олицетворяла Клейн и ее теории) к отцу-покровителю. Такая реакция позволила ему, бессознательно защититься от пугающих проявлений материнской заботы, которые стала символизировать теория Клейн. Отсутствие в работе Клейн анализа того, что Винникотт впоследствии назвал “сдерживающей средой”, вызвало у супервизора воспоминания о своих детских переживаниях, которых он успешно избегал, отказываясь признавать значение работ Клейн в своих исследованиях и супервизорской практике. Это открытие не превратило супервизора в последователя Клейн, поскольку многие из его возражений против ее теории развития подобному объяснению не поддавались. Тем не менее, саморефлексия помогла ему взглянуть на значение исследований Клейн в его собственной преподавательской и супервизорской практике более непредвзято (Jacobs, 1993).

Саморефлексия предполагает осознание присущего себе способа мышления. Одни терапевты работают интуитивно, опираясь в первую очередь на ассоциативное мышление, и склонны к образному пониманию скрытого значения слов пациента. Другие терапевты работают более методично, накапливая данные и применяя индуктивный метод мышления. В идеальном случае супервизорские занятия позволяют терапевту опробовать несколько способов мышления в процессе выслушивания пациента. Тем не менее, даже при таком гибком подходе возникает множество вопросов. Чем руководствуется терапевт в своем стремлении понять пациента? Стремится ли он прислушаться к словам пациента, учитывая собственные ассоциации и контрперенос и размышляя о теории в тех случаях, когда он сталкивается с трудной проблемой? Выбор способа мышления может быть сознательным и инстинктивным. Саморефлексия помогает делать этот выбор осознанно и критически. Осознание типичных (и нетипичных) для терапевта способов размышлять о пациенте и сосредоточение внимания в поиске понимания последнего на чем-то определенном способствуют оттачиванию того, что Изаковер (1957) назвал “аналитическим инструментом”. Применение саморефлексии в этой области позволяет аналитику понять, каким образом он накапливает знания, и правильно оценить достоинства и недостатки своего научного подхода.

Если практикант не способен сделать какие-то выводы на основании своего опыта, эффект

самоанализа понижается. Для характеристики терапевта, не способного различать нюансы, намеки и смысл, скрытый в словах пациента, существует выражение “медведь на ухо наступил”. Оно означает разновидность педантизма, ограничивающего возможности творческого, образного восприятия. Иногда практикант бывает абсолютно глух к работе своего ума. Такие черты могут развиваться как следствие конфликтов, связанных с эксгибиционизмом, неуверенности, переноса на супервизора, а также невысокого уровня интеллекта и скудного воображения. Общаясь с пациентом, терапевт нередко испытывает сильные чувства, предается фантазиям и мечтам, которые на супервизорских занятиях подавляются. Бывает, что практикант проявляет высокую степень осознания своей умственной деятельности на терапевтическом занятии, но не решается сообщить о результатах наблюдений супервизору. Одна практикантка призналась, что распределила свои реакции на пациентов по категориям для обсуждения с супервизором или терапевтом. Такой подход может объясняться нежеланием делиться сокровенными чувствами или ощущением стыда, которое ставит под угрозу процесс обучения. Супервизору бывает иногда трудно провести границу между отсутствием способности к самоанализу, торможением, возникающим вследствие конфликта, и осознанным, рациональным решением учащегося поделиться наблюдениями со своим терапевтом, а не с супервизором.

Другая проблема заключается в том, что внимание практиканта может быть настолько сосредоточено на своих собственных реакциях, что внимание, которое он обращает на пациента, может оказаться недостаточным для детального описания последнего. Например, одна практикантка, нередко информировала наставника о результатах своих наблюдений за пациентом, описывая свои ощущения дискомфорта, замешательства и тревоги, вызванных неуверенностью в правильности выбранного ею подхода к лечению. Супервизор отнесся к проблемам терапевта с сочувствием и попытался помочь ей справиться с фрустрацией, но затем обратил внимание на то, что он мало услышал о пациенте и слишком много о практикантке. Саморефлексия не должна превратиться в поглощенность своими мыслями, поскольку это мешает терапевту воспринимать пациента. Когда супервизор стал расспрашивать о пациенте и помогать практикантке выбрать для него оптимальный метод лечения, практикантка сосредоточилась на описании проблем пациента и отошла от собственных фрустраций.

Применение саморефлексии

Проводя наблюдения за своей умственной деятельностью, терапевт старается понять, каким образом его чувства и мысли соотносятся с текущей клинической ситуацией и могут быть полезны для осуществления терапии. Чувства терапевта нередко указывают на появление тенденций систематизировать результаты наблюдений за пациентом определенным образом. Например, терапевт сообщает, что во время работы с пациентом он испытал сильное раздражение и пришел к выводу, что оно было реакцией на садистское стремление пациента доставить терапевту беспокойство. Степень убежденности терапевта в правильности своих выводов зависит от того, каким образом он применяет саморефлексию и отвечает на вопрос “Почему я чувствую именно это?” В данном случае практикант очень быстро сделал на основе своих чувств заключение, что стремление пациента служит источником этого чувства. Хотя его заключение может быть верным, тем не менее супервизор должен учитывать возможность преждевременных выводов терапевта. Супервизор может помочь практиканту исследовать природу данных, на которые стажер опирается в своих выводах, и проследить взаимосвязь между его чувствами и клинической ситуацией. Какие слова или действия пациента указывают на существование садистских намерений по отношению к терапевту? Может быть, на терапевтической консультации

раздражение терапевта было вызвано другими причинами — например, согласием терапевта удовлетворить просьбу пациента об изменении времени консультации, хотя такое изменение терапевта и не устраивало?

В другом случае супервизор-психоаналитик помогал практиканту пересмотреть один из моментов в его анализе пациента и разобраться в значении своего контрпереноса. Шел шестой год психоаналитической работы терапевта с пациенткой. Возраст пациентки составлял тридцать с лишним лет. Женщина страдала неврозом навязчивых состояний. Она медленно прогрессировала, с неохотой участвовала в анализе и избегала разговоров о чувствах, связанных с переносом. Терапевт заметил, что по многим параметрам она добилась значительных успехов, но застряла на этом пункте. Она не могла изменить неприязненные отношения с матерью, сознательно избегала разговоров о сексуальности и не верила в возможность независимого существования. Испытывая фрустрацию из-за Длительности лечения и непредсказуемого исхода терапии, аналитик принял пассивность пациентки за своего рода сидячую забастовку. Такой вывод вызвал у него беспокойство и раздражение.

Время от времени пациентка отменяла консультации из-за проблем, связанных с работой. Когда на одной из сессий терапевт спросил ее, что она чувствует относительно конфликтного неудобства между анализом и работой, пациентка подробно описала свое положение и добавила, что такие противоречия неизбежны и вызывают у нее чувство досады. Аналитик заметил, что в ее ответе прозвучала готовность защищаться. Пациентка подтвердила, что отмечала частый интерес аналитика к обоснованности отмены консультаций.

По этому поводу аналитик заметил: “Я не пытаюсь определить, насколько обоснованно Вы отменяете консультации. Мне показалось, что у Вас нет интереса к процессу лечения. Вы говорите: "Я отменяю консультацию, потому, что у меня нет выбора. Вот и все. Давайте поговорим о другом". Я обращаю внимание именно на Ваше равнодушие”. Ответ пациентки указывал на то, что она уступает аналитику: “Я стараюсь изменить многие вещи, чтобы приходить сюда. Некоторые вещи я изменить не в силах. Вот и все”. Аналитик ответил: “Нам трудно говорить об этом, когда вы не защищаетесь. Вы говорите так, точно здесь находится Ваша мать, готовая рассердиться на Вас за опоздание. У меня такое ощущение, как-будто Вы относитесь ко мне, как к матери”. Пациентка отреагировала следующим образом: “Вы здесь не при чем. Такую ситуацию создаю только я”. Сказанное ассоциировалось у нее с дерзким ответом матери, а когда аналитик сказал о ее равнодушии, ей показалось, что она слышит: “Что с тобой случилось? Почему ты перестала интересоваться своим лечением?” Пациентка продолжила: “Я согласна с Вами, хотя это не обязательно связано с тем, что вы говорите. Я сама чувствую, что не должна опаздывать, не должна вступать в конфликты, не должна ... злиться”.

Аналитик представил данный материал на рассмотрение супервизора. Он испытывал чувство неловкости и вины, поскольку казалось, что он занял чересчур критическую позицию в разговоре с пациенткой и раздражался, идя на поводу у контрпереноса. Однако вместе с тем, он полагал, что это привело к полезному обмену мнениями, и интересовался, была ли такая, по его выражению, “инсценировка” контрпереноса необходима для усиления аффекта переноса и выхода пациентки из тупика пассивной агрессивности.

Супервизору было непонятно, в какой момент произошла эта инсценировка, и решил повторно просмотреть материал, чтобы уточнить, какие именно результаты были получены. Изучая материал вместе с супервизором, практикант понял, что все сказанное им пациентке и по форме, и по содержанию не содержало никакого осуждения и раздражения. Поэтому он предположил, что его внутреннее недовольство пациенткой в сочетании с ее готовностью становиться объектом критики, вызвало у него ощущение того, что он высказывается резко. Супервизор не обнаружил в представленном материале свидетельство проявления контрпереноса и одобрительно отозвался о всех высказываниях практиканта. Супервизор

отметил, что анализ равнодушия пациентки составляет одну из особенностей анализа защитных механизмов в целом. Практиканту необходимо выяснить, каким образом пациентка уклонялась от обсуждения тем, которые, по ее мнению, могли внести разлад в ее отношения с терапевтом. Супервизор и практикант рассмотрели проблему негативного переноса, в процессе которого пациентка воспринимала аналитика как строгую мать, раздражавшую пациентку и провоцировавшую последнюю на конфликт. Сопротивляясь изменениям и пассивно воспринимая терапию, пациентка, образно говоря, переходила в контрнаступление на мать и аналитика. Кроме того, используя проективную идентификацию, пациентка бессознательно стремилась превратить аналитика в разочарованное, раздраженное, нетерпимое существо — именно так она воспринимала свою мать. Практикант решил, что супервизорские разъяснения помогли ему разобраться с этим случаем и понять некоторые аспекты активного переноса и контрпереноса.

В данной ситуации практиканту следовало разобраться в своих чувства по отношению к пациентке. Анализируя свое участие в развитии взаимоотношений с пациенткой и участие в этом пациентки на основе переноса и контрпереноса, практиканту необходимо было решить вопрос, действительно ли его отношение к ней было критическим и строгим или преобретало такие черты только в связи с его внутренний состоянием. В то время как аналитик испытывал раздражение и нетерпение, у пациентки складывалось ощущение, как-будто ее осуждали, торопили и критиковали. Практикант пришел к заключению, что его действия носили неэмпатический характер. Супервизорские консультации способствовали саморефлексии, которая помогла уточнить предполагаемые причины конфликта. Практиканта интересовал вопрос, реагировала ли пациентка на едва различимые оттенки его интонации или на непроизвольные высказывания, которые нельзя было полностью исключать. Однако после внимательного рассмотрения материала выяснилось, что в его поведении не было ни того, ни другого. Саморефлексия помогла ему понять что происходит в лечении. Распознание негативного материнского переноса пациентки помогло ему сосредоточиться на анализе этого переноса.

Супервизору необходимо было решить, каким образом рассматривать данный материал и поощрять практиканта на саморефлексию. Сначала супервизор воздержался от выводов относительно диагноза практиканта, сообщавшего об инсценировке контрпереноса, признаки которой не были обнаружены супервизором в материале. Вернувшись к рабочим записям, супервизор поставил под сомнение правомерность точки зрения практиканта и в скрытой форме настоял на продолжении саморефлексии. Таким образом практикант пересмотрел значение аналитического взаимодействия. Высказав свое мнение, супервизор по существу указал на то, что подобной реакции практиканта не находилось объяснения в рамках его работы с пациенткой. Супервизор вел себя благожелательно и не столь грубо как пациентка. Чувства практиканта интересовали супервизора в контексте понимания аналитического процесса и переноса в ситуации обучения. Тем не менее не была предпринята попытка исследовать более глубокие составляющие чувств практиканта, которые могли способствовать формированию у него ощущения, что он допустил ошибку. Супервизор мог бы поинтересоваться, каким образом практикант сумел самостоятельно разобраться в своем поведении, и в соответствии с какими критериями он оценивал свою терапевтическую методику и компетентность. Постановка таких вопросов могла бы придать большую глубину совместному исследованию чувств практиканта и повысить эффективность саморефлексии.

В тех случаях, когда терапевт не применяет сведения, полученные путем саморефлексии в клинической ситуации или не использует их для понимания терапевтического диалога, возникает другая проблема. Например, занимая провокационную или обесценивающую позицию по отношению к терапевту, пациент вызывает у последнего раздражение. Терапевт же винит себя за такую реакцию и раскаивается в дурном отношении к пациенту. Но он не афиширует свои чувства, стремясь пролить дополнительный свет на

терапию в супервизорском диалоге, поскольку рассматривает свои чувства как личную проблему, а не как информацию о пациенте. Каждый супервизор оценивает, в какой степени практикант использует в своей работе саморефлексию.

Использование терапевтом своего опыта во многом зависит от его представления о способах получения знаний. Один терапевт полагает, что интуитивное постижение скрытого содержания на основе сублиминальных сообщений пациента и вызванных ими аффектов составляет надежный путь к пониманию последнего. Другой терапевт считает такой подход слишком субъективным и ненадежным, полагая, что вдумчивый анализ каждого' произнесенного слова служит хорошим подспорьем в понимании пациента. Любой супервизор и супервизируемый в явном или не явном виде выбирают параметры для определения полезности информации, способа ее получения, сущности доказательств и степени допустимости в супервизии неопределенности и неоднозначности.

Управление саморефлексией

Наряду с проблемами осуществления саморефлексии как таковой и ее применения в клинической работе наставники сталкиваются в супервизорской ситуации с проблемами титрования саморефлексии, т. е., с проблемой выбора такого способа исследования опыта терапевта, который способствовал бы обучению и соответствовал супервизорской ситуации. Этот вопрос более подробно рассматривается в пятой и восьмой главах, а пока отметим, что для того, чтобы стать психодинамическим психотерапевтом, практикант должен в первую очередь ознакомиться с методами саморефлексии и их применением. Очевидно, что супервизия позволяет научиться использовать эмпирические знания для лечения пациента. Однако супервизия — это не терапия. Она имеет иные рамки и преследует другие задачи. Каждый супервизор должен самостоятельно решить, в какой мере необходимо для обеспечения лучшего понимания терапевтической консультации исследовать на супервизорских занятиях необычные дестабилизирующие чувства, импульсы и ассоциации учащегося, в какой — оставить их в покое или же предложить супервизируемому рассмотреть эти чувства в рамках личной психотерапии или анализа.
Один терапевт второй год консультировался с супервизором по поводу аналитического случая из своей практики. Во время одной из супервизии внезапное ощущение парамнезии (deja vu) привело его в замешательство. Когда он рассказывал своему супервизору о первом сексуальном переживании своего пациента, весьма заторможенного молодого человека, у него внезапно возникло необычное чувство, как-будто прежде он уже говорил об этом супервизору. Терапевт попытался понять свою реакцию, однако рассказывая о своем переживании супервизору,он испытывал чувство неловкости. Оказалось, что терапевт ничего не читал о переживаниях парамнезии и не разбирался в этом. Признавшись в подобном незнании, терапевт дал понять супервизору, что не может обсуждать свои проблемы.

Супервизор воздержался от прямой оценки замечания учащегося. Тем не менее, он попытался пробудить в нем интерес к этому переживанию, спросив, почему, по его мнению, он пережил такое чувство именно в тот момент. Практикант был очень смущен этим вопросом, и супервизор отказался от дальнейших расспросов в этом направлении и выдвинул взамен предположение, что терапевт мог бы больше узнать о себе и своем отношении к пациенту, если бы рассмотрел данное переживание в собственном анализе. Супервизор также предложил ему почитать литературу по данной теме, а затем рассмотреть проблему на консультации, поскольку считал, что интеллектуальное понимание явления могло бы послужить первым шагом на пути к более глубокому пониманию самого себя. Супервизор так и не узнал, реализовал ли терапевт предоставившуюся ему возможность углубить самопознание, поскольку терапевт больше не упоминал об этом случае.

Занимаясь в группе повышения квалификации супервизоров, консультант поинтересовался мнением своих коллег о том, следовало ли ему на последующих супервизорских занятиях расспрашивать о выводах, к которым пришел его подопечный на основе опыта парамнезии. Следовало ли ему позволить учащемуся сохранить личный характер своих переживаний независимо от того, обсуждал он их со своим аналитиком или нет? Каким образом можно было создать атмосферу доверительности, в которой можно было бы открыто и не опасаясь критики со стороны практиканта обсудить его способности к ассоциативному и рефлективному мышлению в процессе проведения супервизорских занятий?

Супервизор и супервизируемый подошли к тому критическому моменту, когда у них появилась возможность повысить уровень саморефлексии и понимать не только взаимоотношения между терапевтом и пациентом, но и между терапевтом и супервизором. Этот эпизод выявил проблему целей и пределов супервизии. Поскольку супервизор не знал, как ему следует поступить, он мог поинтересоваться мнением практиканта, будут ли дальнейшие расспросы о его взгляде на свой опыт парамнезии выходить за рамки супервизии и не покажутся ли такие расспросы слишком бестактными. Такой вопрос мог бы вызвать обсуждение проблемы рамок и целей супервизии. Супервизор не сделал этого отчасти от нежелания выступать в роли аналитика по отношению к практиканту. Более того, супервизор ставил перед собой вопрос, в какой мере он смог бы помочь практиканту разобраться в этом явлении и понять его значение для обсуждаемого анализа, поскольку он мало знал о психологических механизмах практиканта.

По-видимому, чувство парамнезии было связано с сексуальными переживаниями пациента и тревогой, которую они вызвали у аналитика. Впоследствии супервизор признал, что повышенный интерес к этому переживанию и его развитию в сознании практиканта был связан, в частности, с его болезненным любопытством к чужим делам. Торможение, испытанное супервизором во время расспросов практиканта о парамнезии, возникло не только как следствие тактичного отношения к практиканту, но и как нежелание проявлять любопытство, которое носило конфликтный характер. Супервизорская группа смогла показать консультанту, что проблемы, вызванные страстью к подглядыванию и расспрашиванию, могут использоваться для понимания механизмов возникновения аналогичных конфликтов у практиканта и служить для более четкого определения эпизодов, в которых его любопытство могло подвергаться торможению. В этом случае он смог бы обойтись без прямых расспросов о переживании парамнезии, указав практиканту на аналогичные моменты в его подходе к пациенту.

Супервизоры и терапевты — сознательно и бессознательно — придерживаются различных взглядов на то, как далеко необходимо заходить в вопросах саморефлексии и самонаблюдения. Некоторые терапевты считают нежелательным обсуждение своих чувств, фантазий и контрпереноса. Они сосредоточивают все внимание на описании своих пациентов и теоретическом понимании своих проблем. Другую крайность представляет терапевт, который, стремясь снять внутреннее напряжение, использует супервизорское занятие как своего рода терапию, пользуется любой возможностью для обнаружения своих чувств и дает глубокую интерпретацию своей работы в надежде на ответную, терапевтическую реакцию супервизора. В первом случае проблема состоит в том, что без внимания остаются многие аспекты, существенные для обучения. При этом не учитывается, что терапия представляет собой очень сложный процесс сотрудничества двух лиц, а не только интеллектуальное исследование психопатологии одного человека. Во втором случае проблема состоит в непонимании того, что супервизия не является терапией. Сосредоточение на исследовании исключительно внутреннего опыта терапевта может направить супервизию по ложному пути, увести от пациента и от обучения внимательно слушать последнего. Кроме того, чрезмерное проявление своих чувств и мыслей на супервизорских занятиях может активизировать в

учащемся скрытые чувства стыда, ранимости и тревоги.

Следующий пример показывает, как супервизор исследовал чувства практиканта, стремясь помочь последнему разобраться в своем конфликте с пациенткой. Однажды к супервизору обратился практикант, недавно поступивший в аспирантуру по психиатрической специализации. Практика вывела его из состояния душевного равновесия. Он сообщил, что на прошлой неделе он настолько “измучился”, что у него “не осталось сил”. Предыдущая неделя была беспокойной и напряженной из-за большого притока пациентов на стационарном отделении, где он работал; кроме того существовал и строгий график ночных вызовов. В конце прошлой недели он понял, что его силы не безграничны и поэтому необходимо поберечь себя и даже дистанцироваться от работы.

Он сообщил, что усталость возникла прежде всего в связи с тремя пациентками, которые в настоящее время находятся на стационарном лечении. В историях болезни данных пациенток упоминалось об изнасиловании, которому они подверглись в детском возрасте. У всех троих были маленькие дети. Факт изнасилования был для практиканта “невыносимым”. Сначала супервизор упомянул в разговоре о последних исследованиях проблемы сексуального насилия, во многом альтернативных традиционному подходу к решению этой проблемы. Супервизор и терапевт обсудили теоретические разногласия и затронули проблему эмоционального напряжения, связанного с лечением жертв насилия.

Обсудив чувства терапевта, супервизор согласился с утверждением терапевта, что последний не в силах “работать, работать и работать”. Супервизор отметил, что признание ограниченности своих сил и терапевтических возможностей было полезным как для терапевта, так и для пациента. Супервизор охарактеризовал данное признание как свидетельство существования определенных проблем в работе с пациентами, страдающими более серьезными расстройствами. Практикант подробно описал одну из пациенток, которая старалась преодолеть чувства, связанные с сексуальным насилием. “Она взяла за горло всех медработников и приказала им не вмешиваться в ее переживания”. Просьба “не вмешиваться” подразумевала, что пациентку не должны заставлять посещать групповые занятия и участвовать в других процедурах стационарного лечения; ей должны были позволить самостоятельно разбираться со своими воспоминаниями и аффектами. Врачи отделения согласились с этим требованием, и практикант, 'ее лечащий врач, был вынужден соблюдать крайнюю осторожность в обращении с данной пациенткой.

Супервизор подумал, что выдвинув подобные требования, пациентка инсценировава перед врачами свои чувства, вызванные травмой. Она привела медицинский персонал, в том числе и практиканта, в состояние беспомощности. Описание практикантом того, как пациентка “схватила за горло” медработников, допускало ассоциацию с нападением, возможно связанным с половым насилием, жертвой которого была пациентка. Супервизор мог бы обсудить данную инсценировку и подробнее исследовать динамику психики пациентки. Однако, учитывая, что практикант начал разговор с рассказа о своих проблемах — ощущения усталости и беспокойства — супервизор решил исследовать эти чувства практиканта, затронув динамику пациентки. Возникло предположение о стремлении практиканта к обладанию неисчерпаемым потенциалом и желании во что бы то ни стало помочь пациентке.

Супервизор сказал: “Требование пациентки вступило в конфликт с вашим стремлением получить неограниченные возможности в лечении.” Практикант взволнованно воскликнул: “Именно! Это было столкновение энергии с пассивным объектом. Оно-то и было невыносимо”. Он понял, что чувство усталости было средством защиты от признания своей слабости.

Перед супервизором встал выбор способа изучения материала и методов консультирования. Он направил супервизию в русло обсуждения результатов наблюдений за пациенткой, патологии последней, а также целесообразности врачебных вмешательств

практиканта и т. д. Супервизор мог бы обсудить чувства практиканта в контексте обучения, объяснив, что в психотерапии стремление решить проблему энтузиазма, ограниченного возможностями терапевта, представляет собой нормативный этап обучения. Наряду с этим он мог бы подробнее исследовать высказывания практиканта и помочь ему разобраться в происхождении своих неисполнимых желаний. Кроме того, супервизор мог рассмотреть слова терапевта, просьбу позволить ему отдохнуть и стремление получить признание эффективности проделанной работы несмотря на то, что пациентка привела терапевта в состояние беспомощности.

Супервизор решил начать обсуждение с рассмотрения общетеоретических вопросов. Затем беседа приобрела более личный характер, но протекала в русле обучения ("Проблема, которую вы стремитесь решить, обычно встречается в работе с такими пациентами".) В конечном счете супервизор приступил к непосредственному обсуждению чувств практиканта и разъяснил ему суть конфликта между стремлением ощущать себя сильным и способным помочь пациентке и стремлением пациентки привести терапевта в состояние покоя, которое представляло собой способ преодоления ощущения подавленности и бессилия. В ходе беседы практикант вышел за пределы обсуждения проблемы своей усталости и стал размышлять о своих переживаниях. Он признал, что его энтузиазм и стремление к всемогуществу вступили в конфликт с желанием пациентки лишить его сил. Саморефлексия была использована для понимания потребности пациентки и для разъяснения динамики тревоги в терапевтической работе.

При обсуждении чувств практиканта супервизор использовал несколько факторов. Первым фактором была готовность практиканта признать свои чувства и мысли и стремление разобраться в причинах проблемы. Супервизор и супервизируемый в равной мере соблюдали тактичность, и хотя переживание практиканта стало предметом обсуждения, беседа, тем не менее, не носила назойливый характер. Глубокие конфликты, переживаемые практикантом в связи с чувствами всемогущества, бессилия и непонимания причин инсценировки травмы, не обсуждались. Супервизор позволил практиканту самостоятельно определять рамки беседы и саморефлексии.

Участники консультативной практики постоянно сталкиваются с проблемой определения границ саморефлексии, необходимой для обучения. В начале супервизорских занятий нередко отсутствует понимание того, в каких пределах будет осуществляться исследование личных чувств и мыслей практиканта. Обсуждение последних практикант может воспринимать как критику. Другие проблемы возникают из-за переносов на супервизора и соперничества между ним и терапевтом. Уровень их диалога определяется степенью осведомленности супервизора и практиканта о своей внутренней жизни, степенью доверительности общения, а также мотивами, заставившими практиканта сделать сообщение. Равновесие диалога определяется также характером каждого участника супервизорской беседы, чувством безопасности на супервизорских занятиях и "настроением" супервизора. Трудности, которые возникают на супервизорских занятиях в связи с использованием результатов саморефлексии преодолеваются с помощью предварительного обсуждения преподавателем и учащимся границ такого обсуждения.

Развитие способностей к саморефлексии

В седьмой главе будут подробно рассмотрены шесть форм вмешательства, которые могут помочь учащемуся развить свои способности к саморефлексии. 'К ним относятся моделирование, расспрашивание, одобрение и поощрение, дидактическое объяснение, разъяснение и классификация и интерпретация.

Готовность супервизора к саморефлексии и демонстрации полезности последней в

клинической работе может служить для терапевта примером для подражания. Например, супервизор говорит: “Ваш случай напоминает мне одну пациентку, которую мне довелось лечить в бытность мою практикантом. Я очень винил себя за то, что недостаточно помогал этой бедной женщине. Она испытывала такую сильную тревогу, что жизнь ее превратилась в кошмар. Я всегда считал, что не сделал все возможное для того, чтобы помочь ей. Однажды мне показалось, что эта подавленная женщина в действительности была довольно требовательной на терапевтических консультациях. Она просто перекладывала на меня ответственность за терапию и свое самочувствие. Осознав это, я смог сосредоточиться на решении вопроса, почему и на кого именно возлагалась ответственность за улучшение ее самочувствия”. Такой подход моделирует применение и границы саморефлексии в супервизии и показывает, каким образом можно применять саморефлексию для повышения уровня понимания терапевтического взаимодействия. Кроме того, в нем выражается спокойное отношение супервизора к обсуждению далеко не идеальных аспектов своих собственных методов.

С помощью вопросов типа “Что вы чувствуете, когда пациент говорит, что на вашем галстуке сидит пятно?” или “Как вы пришли к заключению, что пациент испытывает раздражение к своей матери?” супервизор включает в супервизорский диалог обсуждение чувств и переживаний терапевта и демонстрирует свой подход к их пониманию. Такие вопросы показывают, что супервизора интересует не только состояние пациента, но и интеллектуальная деятельность практиканта, а также перспективы ее использования в целях повышения терапевтического мастерства последнего.

В связи с тем что саморефлексия и саморазоблачение могут приводить к возникновению чувств стыда и тревоги, практиканту необходимо ощущать одобрение и поощрение своего желания поделиться с супервизором личными переживаниями. Поощрение выражается не напрямую, а посредством моделирования, а также с помощью некритического тона голоса, создающего атмосферу доверительности, и предполагает, что откровенные высказывания терапевта не будут критиковаться, а послужат лишь задачам его обучения. Учащимся, которые не используют в своей работе саморефлексию, необходимо в открытой, дидактической форме сообщить, что их внутренние переживания представляют собой существенные аспекты психотерапии и могут служить источником знаний о терапевтической консультации.

Возникновение хорошего супервизорского контакта и ощущение доверительности обеспечивают супервизору большую свободу в обсуждении переживаний практиканта. Супервизор, например, может сделать следующее замечание: “Ваш ответ пациенту позволяет предположить, что его высказывания вызвали у вас раздражение. Вы сознавали такие чувства?” Наряду с этим супервизор может отметить: “Мне кажется, вас огорчает невозможность спасти этого пациента от изоляции и страдания. Я прав?” Если супервизор может смоделировать реакцию терапевта, он вправе предложить следующее объяснение: “Вы говорите, что по Вашему мнению пациент судит себя слишком строго. Однако, желание изменить такое положение мешает более глубокому изучению некоторых вопросов. Например, когда вы сказали своему пациенту, чтобы он не беспокоился по поводу опозданий, Вы, полагаю, призывали его не судить себя строго, но Вы упустили шанс понять его чувства, связанные с опозданием. Может быть, Вы не хотите вызывать раздражение у пациента такими вопросами?”.

После создания благоприятной для обучения атмосферы доверия необходимо проявлять чрезвычайную осторожность в пояснительных замечаниях, которые затрагивают объяснения практиканта. “Когда пациент начинает умалять Ваше достоинство, Вы замолкаете и уходите в себя, а когда Вы рассказываете мне об этих происшествиях, в Вашем голосе звучит нотка иронии. Может быть, в тех случаях, когда Вы замолкаете, Вы пытаетесь преодолеть искушение пойти в контратаку. Если дело обстоит таким образом, тогда это в

какой-то степени проливает свет на проблемы агрессивности личности пациента. Мы могли бы обсудить Ваше раздражение, используя его в исследовании того, что происходит в такие моменты между Вами и пациентом".

Мастерство и своевременность применения супервизором этих педагогических методов определяет эффективность супервизорской беседы. Замечание по поводу объяснений учащегося, сделанное прежде, чем возник надежный контакт в обучении, может затормозить развитие супервизорского диалога. Склонность к какой-то одной форме преподавания также ограничивает супервизорский диалог. Расширение горизонтов познания учащегося требует гибкости и признания того, что ни один ; из участников консультации не знает, куда приведет их супервизорский диалог. Тем не менее, в распоряжении супервизора находятся определенные педагогические средства, которые, при эффективном применении, позволяют оживить диалог и расширить горизонты познания учащегося.

Супервизор и супервизируемый сталкиваются с вопросами распознания чувств и мыслей, а именно, с необходимостью определить, в каких пределах такое обнаружение уместно и полезно с точки зрения обучения. Способ обсуждения в супервизорском диалоге аффектов, внутреннего опыта и личных переживаний практиканта рассматривается в следующей главе.

Глава 5

НАСКОЛЬКО ЛИЧНЫМ ДОЛЖЕН БЫТЬ СУПЕРВИЗОРСКИЙ ПРОЦЕСС?

В связи с тем, что я выступаю перед группой психиатров, мне не хотелось бы затрагивать личные проблемы",— с такими словами Стивен Сондхейм обратился к одной из научных групп на конференции Американской Психиатрической Ассоциации, состоявшейся в 1990 году. В аудитории раздался смех, поскольку Сондхейм затронул серьезный вопрос: ознакомления широкой публики с тем, что психиатры считают личным. Тема его выступления "Творческий процесс" могла показаться на первый взгляд достаточно безличной. Тем не менее, он должен был и прокомментировать опыт реализации своего творческого процесса, ознакомив участников с тем, как он его воспринимал, о чем думал, что чувствовал. Кроме того, он должен был ответить на вопросы аудитории, состоявшей из придирчивых профессионалов. Сондхейм оказался в трудном положении.

Можно провести ряд аналогий между его положением и положением психотерапевта на супервизорских консультациях. Терапевт также оказывается в трудной ситуации, когда ему необходимо определить степень откровенности при анализе своего творческого процесса. Основным (а возможно, и первым по важности) объектом исследования в психотерапевтической супервизии является пациент. Существует подход к проведению супервизорских консультаций в области психотерапии, состоящий исключительно в изучении проблем пациента (Bether and Zinberg, 1988). При этом обходятся стороной проблемы, затронутые в этой главе. Насколько же личными должны быть супервизорские консультации? Что именно, кроме проблем пациента, необходимо исследовать в процессе супервизии? Если супервизор и терапевт не стремятся игнорировать эти задачи супервизии, тогда они рано или поздно столкнутся с проблемой выбора оптимального способа обсуждения чувств врача-клинициста, возникающих в связи с пациентом, и их использования в целях обучения.

Эмоции находят свое выражение в различных учебных процессах, а не только в психотерапевтической супервизии. Любой учащийся может испытывать чувство тревоги или подавленности в связи с новым этапом обучения, его могут лично затронуть какие-то аспекты рассматриваемого материала, и тогда у него возникнут сильные чувства. Характерно,

что в таких случаях преподаватель берет на себя вспомогательную роль, и обычно не останавливается на подробном обсуждении чувств учащегося. Когда чувства утихают, преподаватель и учащийся возвращаются к своей совместной работе. Возникшие эмоции обсуждаются с использованием психологических знаний, однако сами чувства с точки зрения обучения не составляют предмета исследования и подробного анализа.
Такая ситуация может возникнуть, например, на супервизорских консультациях врача-кардиолога. Предположим, что данный врач сообщает о результатах осмотра пожилого человека в отделении неотложной помощи и при этом упоминает о раздражении, которое вызвал у него пациент. В тот момент врач опасался, что пациент может умереть, прежде чем он успеет применить средства, необходимые для лечения. Пациент раздражал его потому, что мешал постановке диагноза и лечению. Если супервизорская консультация ориентирована на терапию, то беспокойство, испытываемое врачом, следует признать обоснованным. Если же рассматривать такие чувства с позиции обучения, тогда следует поднять вопрос, каким образом врач в такой ситуации мог успокоить пациента. Эмоции практиканта не должны занимать центральное место в учебном взаимодействии. Что касается учебной роли эмоций практиканта, то они должны указывать преподавателю на то, что может составить предмет рассмотрения (в данном случае предметом рассмотрения является лечение непослушных пациентов).

Сравним приведенный пример с ситуацией супервизорской консультации практиканта-психотерапевта, который сообщил о чувстве раздражения по отношению к пациенту, мешавшему ему оказать последнему психологическую помощь. Психотерапевт описывает панику, охватившую пациента после постановки диагноза. Один из родственников пациента был помещен в психиатрическую лечебницу, поэтому его пугала возможность постановки психиатрического диагноза и необходимость применения психотропных средств и проведения психотерапии. Практикант рассказал о разочаровании, которые вызвал у него пациент. Супервизор мог исследовать динамику пациента для разъяснения его психологических проблем и их роли в возникновении чувств терапевта. С дидактических позиций супервизор имел возможность рассмотреть различные реакции на данного пациента и на подобных пациентов в целом. Эти обсуждения чувств практиканта-психотерапевта могли бы привести к результатам, аналогичным тому, что было достигнуто в супервизорских консультациях для врача-кардиолога. В обеих ситуациях аффект (раздражение) терапевта указывает преподавателю на тот учебный материал, который следует давать, причем, сам аффект и возможности его использования не рассматриваются. Однако, как быть в том случае, если практикант-психотерапевт постоянно сталкивается с проблемой раздражения по отношению к данному или нескольким пациентам? Как поступать в тех случаях, когда практикант упоминает о своем раздражении, а затем сообщает о своем намерении прекратить терапию и интересуется, имеет ли это намерение какое-либо отношение к его реакции на пациента? Как быть в тех случаях, когда практикант по своей инициативе сообщает, что данный пациент напоминает ему близкого родственника или что проблемы, с которыми 'сталкивается пациент, напоминают ему проблемы, которые волновали терапевта при своем собственном анализе?

Эта серия вопросов по типу “что, если”, заимствованных из реальных супервизорских ситуаций, демонстрирует проблемы, связанные с аффектом и бессознательной областью психического, проблемы, которые ставит супервизируемый, а не супервизор. Эти ситуации не относятся к категории тех, в которых супервизор выступает инициатором рассмотрения аффекта, обсуждать которой клиницист не хотел бы. Данные примеры убеждают, что аффекты супервизиру емого и его отношение к их обсуждению нельзя обойти стороной, не ограничивая диалога определенными рамками. Если супервизорский процесс ориентирован исключительно на пациента, то он не показывает супервизору, как нужно реагировать на вышеперечисленные вопросы. Хотя мы и не предлагаем поставить в центр учебного и

супервизорского процесса аффекты практиканта, тем не менее иногда именно аффекты практиканта становятся основной проблемой супервизии. Мы ставим своей целью вкратце описать подход к рассмотрению подобных эпизодов, исходя из учебной целесообразности и уважения к личности.

Сложное переплетение учебных и терапевтических задач процесса психотерапевтического обучения уходит корнями в истоки психоанализа. В этой области обучение изначально учитывало клиническое значение как самоизучения, так и психологического понимания в учебной ситуации. Как уже отмечалось, первые психоаналитические семинары предполагали проведение анализа своей психики как первой области, в которой необходимо искать подтверждение внутрипсихической теории (Fleming and Benedek, 1966). Вначале процесс психоаналитического обучения состоял из проведения личного анализа практиканта и ряда , сопутствующих семинаров, причем на реализацию такого процесса уходили месяцы, а не годы. Однако терапевтическая компонента — учебный анализ — имела более дидактический характер, чем в настоящее время. Тренировочный анализ носил как учебный, так и терапевтический характер и ставил своей целью обучение, основанное на опыте.
Изучая свою психику, практикант не только учился преодолевать нев-фотические проблемы, но и видел убедительное подтверждение существования психических сил (Fleming and Benedek, 1966). Личные вопросы еще не получили в психоаналитическом обучении ясного определения (Betcher and Zinger, 1988; Spiegl and Grunebaum, 1977). Не вполне “были поняты и специальные требования, предъявляемые к беседе с кем-либо по поводу его аффектов и бессознательной стороне жизни. Создавалось впечатление, что для успешного проведения учебной беседы было достаточно справедливости одной новой теории. Почти столетие спустя основательный опыт, приобретенный в психодинамическом обучении и практике, позволил понять, что супервизору и практиканту иногда необходимо совместно рассматривать эмоциональную реакцию терапевта на пациента и на процесс лечения. На основе диалога со своим супервизором психотерапевт должен научиться сдерживать и интерпретировать свои чувства, по крайней мере, в той степени, в какой эти чувства соответствуют терапевтическим задачам. Супервизорский процесс должен не только включать в себя обсуждение аффективных впечатлений практиканта, приобретенных при проведении лечения, но и обучать профессиональным навыкам, которые в конечном счете позволяют терапевтам определять, сдерживать и анализировать свои аффективные впечатления. С точки зрения обучения это означает, что учащиеся должны в определенной мере овладеть навыками рефлективного мышления и самоанализа в рамках психотерапевтического курса своего обучения.

В частности, для успешного управления аффектами терапевта и их использования в целях лечения существенное значение имеют три способности: сдерживать, определять и анализировать определенную эмоцию в себе самом и соотносить ее с текущим терапевтическим процессом. Эти три способности позволяют терапевту сохранять выдержку и спокойствие и интегрировать свои аффективные резонансы в процесс лечения.

Терапевт должен обладать способностью переносить и анализировать напряженные эмоции, которые передаются ему, когда пациент рассказывает о себе. Терапевт также должен обладать способностью переносить и анализировать различные, внутренне сформированные эмоциональные резонансы, которые возникают в связи с проведением лечения и в ответ на него. Этот процесс приобретает более сложный характер, когда эмоциональная реакция терапевта оказывается непривычной или дестабилизирующей для его представления о себе.

Например, на втором году стажировки одна практикантка проводила лечение очаровательного молодого человека, которому едва исполнилось двадцать лет. Пациент находился на лечении потому, что не мог освободиться от слишком сложных отношений со своей матерью и сформировать соответствующие романтические отношения. На

супервизорском занятии терапевт рассказала о связи пациента с женщиной, с которой он встречался. В то же время она не хотела более основательно обсуждать этот вопрос с пациентом. Ее нерешительность, как оказалось, проистекала из ее чувства, что рассмотрение романтических привязанностей пациента может оказаться для нее обольщающим. Кроме того, терапевта беспокоила зарождающаяся привязанность к ней пациента и она считала неудобным рассматривать этот вопрос. В процессе лечения терапевт столкнулась с переживанием, которое оказывалось обидным для ее профессионального представления о себе: она боялась показаться обольстительной пациенту. У терапевта были две различные аффективные реакции: беспокойство в связи со своим сексуальным любопытством к пациенту и чувство стыда и вины в связи со своей профессиональной идентичностью.

Для того чтобы определить, какое отношение, если таковое существует, ее чувства имеют к проблемам пациента, терапевту необходимо уметь сознательно сдерживать эти аффекты. Для того чтобы рассматривать свои чувства как барометр беспокойства пациента по поводу своих взаимоотношений, терапевт должна сознавать свои чувства. В концептуальном отношении сдерживание своих аффектов позволяет терапевту воспринимать на сознательном уровне то, что он чувствует, без рефлективной реактивности. Ей необходимо обращать внимание на свой эмоциональный ритм и в то же время не реагировать импульсивно на свои открытия.

Способность терапевта подавлять свои рефлективные реакции не должна подавлять ее способность определять и анализировать эти чувства. Здесь заключается любопытный профессиональный парадокс. Во многих областях профессиональной деятельности сдерживание реакций на эмоции достигается за счет подавления аффектов, причем поощряется размышление о своих чувствах. Например, адвокат должен научиться подавлять свои личные чувства к вине клиента в процессе подготовки защиты клиента в суде. Актер должен сосредоточиться на том, чтобы вдохнуть жизнь в своего героя, а не на нервном возбуждении, связанном с премьерой спектакля. В этих и других ситуациях саморефлексия отвлекает внимание и мешает профессиональному выполнению своей работы. Поэтому во многих учебных и профессиональных ситуациях допускается, а с педагогической точки зрения даже рекомендуется осуществлять сдерживание аффектов путем сознательного подавления. Тем не менее, психотерапевт должен уметь сдерживать чувства без ущерба для их восприятия. Слишком большая зависимость от таких способов подавления, как минимизация, интеллектуализация и юмор, позволяющих выдержать эмоциональное напряжение рабочих ситуаций, нередко приводит терапевта к потере контакта со своими аффективными реакциями на пациента и с самим пациентом. С точки зрения обучения рекомендуется поддерживать стремление кардиолога к подавлению или минимизации эмоционального воздействия со стороны его работы, так как они помогают ему более внимательно относиться к вопросам лечения пациента и отношения к нему. В отличие от врачебной ситуации самоуглубление имеет огромное значение в психотерапевтическом обучении.

Что же в таком случае терапевту-стажеру делать с самосознанием, которым он должен обладать как профессионал? Сознательное сдерживание аффектов должно сопровождаться умением правильно определять природу своего внутреннего аффективного состояния. Например, он должен уметь определять, что он чувствует в данный момент: гнев, бессилие или печаль. Умение правильно определять свое аффективное состояние является сложной задачей и нередко рассматривается как нечто само собой разумеющееся с точки зрения обучения. Мы полагаем, что такое определение отличается от определения своих чувств в большинстве нетерапевтических ситуаций, поскольку трудно заставить себя оставаться в межличностно дружеской ситуации, по отношению к которой испытываешь дисфорическую или нарциссически оскорбительную эмоциональную реакцию. Обычно люди дистанцируются от таких ситуаций (физически или психологически) или, по крайней мере,

выражают протест другому лицу. Тем не менее, профессиональные требования, предъявляемые к роли психотерапевта, исключают возможность социальных и психологических реакций, которые обычно используются в нетерапевтической ситуации. В этом отношении роль психотерапевта с аналитической ориентацией также не имеет прецедентов и аналогов в обычных социальных взаимодействиях. Лишенный обычных социальных возможностей дистанцирования и выражения протеста терапевт сталкивается с необходимостью определять свои аффективные реакции на пациента, К самым проблематичным из таких аффектов относятся те аффекты, которые оказывают дисфорическое или нарциссистически пагубное воздействие на терапевта.

Терапевт иногда определяет разновидность своих аффектов с помощью ассоциации, то есть путем перехода от аффективно окрашенных мыслей или воспоминаний к самому аффекту. Существуют случаи, когда терапевт непосредственно, без помощи контекстуализирующих ассоциаций определяет аффект. Это положение поясняют следующие два примера, которые были рассмотрены на супервизорских консультациях с участием двух различных терапевтов.

На втором году стажировки доктор И. проводила лечение психологически неустойчивой молодой женщины, которая то замыкалась в себе, то приходила в сильное раздражение. На супервизии терапевт изложила результаты наблюдений за пациенткой, а затем добавила, что на одной из терапевтических сессий она заметила, что размышляет о фрагменте прочитанной автобиографии. Фрагмент, в котором рассказывалось о садистском обращении матери .со своей дочерью, послужил тревожным воспоминанием для терапевта и внешне, казалось, не был связан с рассказом пациентки.

Супервизор, доктор Б, понимал, что терапевт только что сделала открытие, способное вызвать чувство беспокойства. Вспоминая тревожный фрагмент литературного произведения, доктор И. не знала ни определяющего фактора, ни значения данного воспоминания. Супервизор также не знал, какие факторы вызвали это воспоминание. На супервизии доктор Б. ставил своей целью помочь доктору И. понять — ограничить, определить и проанализировать — рассматриваемые воспоминание и аффект. Пределы, в которых можно попросить терапевта рассказать о своих чувствах и воспоминаниях (например, имела ли указанная автобиография какое-либо личное значение для терапевта), зависят от того, способствуют ли они достижению учебных и терапевтических целей супервизорских консультаций. В этом случае супервизору было достаточно поддержать интерес терапевта к взаимосвязи между своим внутренним переживанием и лечением пациентки.

Вначале литературная ассоциация вызвала у терапевта чувства огорчения и замешательства и терапевт приступила к характеризации природы аффекта, вызванного этой ассоциацией (ненависть или садизм). Терапевт осознала производную (воспоминание) своей эмоции, прежде чем осознала саму эмоцию. Для определения разновидности аффектов она зафиксировала воспоминание и проявила к нему интерес. Затем она приступила к установлению связи между аффектом и лечением. Она заинтересовалась, как пациентка воспринимала отношение к ней со стороны матери и как она (терапевт) воспринимала отношение к ней со стороны пациентки. Оба отношения содержали чувства агрессивности, которые прежде не рассматривались и теперь могли быть включены в лечение.

Во втором примере супервизорских занятий терапевт применил иной психологический подход к определению аффекта. Практикант-мужчина на втором году обучения сообщил о своем чувстве глубокого разочарования в связи с лечением пациента в возрасте тридцати лет, страдавшего нарциссизмом. В отличие от терапевта супервизор считал, что лечение идет нормально, если учесть готовность пациента приступить к более содержательному обсуждению своего положения. Несмотря на оптимистическое отношение супервизора к ходу лечения, терапевт ощущал разочарование и уныние. Терапевт уже зафиксировал и

определил свое аффективное состояние (разочарование и уныние). Теперь же вместе с супервизором они приступили к совместному проведению анализа аффекта и установлению связи между этим аффектом и его источником. Вначале терапевт объяснял свои чувства неудовлетворительным ходом лечения. Однако проведенный на супервизии повторный анализ позволил выяснить, что ход лечения не был причиной уныния терапевта.

Супервизор и терапевт снова обратились к рассмотрению клинического материала, предоставленного пациентом. Терапевт рассказал о чувстве безысходности, которое владело пациентом. Обзор клинического материала позволил супервизору сопоставить чувства страха и безысходности, которые испытывал пациент, с реальным прогрессом, достигнутым в ходе лечения. Во время обсуждения на супервизии терапевт понял, что он реагировал на выраженные пациентом опасения относительно бесперспективности своей жизни и будущего. После разъяснения этого компонента аффекта терапевта он смог лучше понять свою идентификацию с опасениями пациента. Он смог вновь сформировать свою эмоцию как контрперенос и использовать ее для более глубокого понимания пациента.

Интерес терапевта к своим аффективным реакциям гарантирует дальнейшее разъяснение. Этот процесс предполагает, что терапевт будет рассматривать гипотетические определяющие факторы до тех пор, пока не установит действительную связь между некоторым определяющим фактором и аффектом, составляющим предмет переживания. В данном примере к числу факторов, которые мог бы рассмотреть терапевт, относятся последние неприятности, пережитые пациентом, долговременные конфликты и надежды пациента, а также текущие и резонансные проблемы из жизни самого терапевта.

В первом примере практикантка сообщила об аффективно окрашенных мыслях, не упомянув конкретную эмоцию или причину, вызвавшую ее появление. У второго терапевта было более “чистое” аффективное переживание, без каких-либо когнитивных или ассоциативных производных эмоций. Ограничив свою дисфорию, он смог определить собственное настроение как уныние, хотя вначале и не понимал, почему он чувствовал себя именно таким образом. С помощью ассоциативного мышления (в данном случае с помощью установления ассоциаций с терапевтическим материалом) терапевт сумел определить основной источник своего переживания: состояние резонанса с депрессией пациента. Это состояние можно было бы выразить следующим образом: “Я не знаю, почему я так себя чувствую, но в данный момент я чувствую уныние”. Вначале он фиксирует это настроение на сознательном уровне, а затем рассматривает его и определяет.

В отличие от второго терапевта, рассматривавшего свою эмоцию, первый терапевт обнаружила, сидя со своей пациенткой, что она размышляет об одном из персонажей прочитанной автобиографии. Первое, на что она обратила внимание,— это литературное воспоминание, которое является некоторой производной или побочным продуктом чувства, возникшего в ответ на состояние пациентки. Затем она использовала свое умение сознательно фиксировать и рассматривать свои ассоциации для определения соответствующей эмоции. Терапевт определила аффект, но при этом не знала, какая причина или фактор вызывали его появление. Тогда терапевту понадобилось просмотреть терапевтический материал, чтобы определить, что вызвало эти аффективные резонансы.

Ход лечения вызвал у обоих терапевтов дисфорический эмоциональный резонанс, и в конечном счете им пришлось обратиться к материалу, предоставленному пациентом, чтобы определить источник возникновения их аффективного состояния и его значимость для лечения пациента. Тем не менее, эти два терапевта отличались различным исходным психологическим пониманием и ответной реакцией. Один терапевт столкнулся с необходимостью ограничить и определить разновидность эмоции, причина появления которой вначале не была известна. Другой терапевт начал с ассоциативной производной эмоции, воспоминания, аффекта, которые также необходимо было ограничить, определить и соотнести с лечением. Эти примеры показывают применение терапевтами трех способностей

в работе со своими аффективными резонансами на лечение. В этих двух примерах лечение послужило определяющей причиной возникновения аффективного состояния. Однако дело не всегда обстоит таким образом. Иногда стимул приходит из глубин психики самого терапевта и в меньшей мере связан с содержанием сообщений пациента. Наряду с этим источником возникновения аффекта может служить супервизор или межличностный процесс супервизии. Возможно, чаще всего встречается смесь разных источников. Тем не Менее, при рассмотрении любой из этих ситуаций терапевт должен опираться на определенную совокупность внутрипсихических процессов, используемых для реагирования на эмоцию контрпереноса: способность ограничивать, определять и, наконец, анализировать и соотносить внутреннее аффективное состояние терапевта с существующим стимулом. Развитие способностей терапевта использовать эти методы составляет важную супервизорскую задачу. Мы убедились, что при проведении психотерапии терапевт учится обращать внимание на свою аффективную реакцию, когда автоматически может возникнуть защитное стремление поступить наоборот. В таких случаях на супервизиях терапевт сталкивается с проблемой сообщения другому лицу результатов своего самоисследования. В отличие от других сфер профессиональной деятельности, в которых не принято делать такие сообщения, сведения о результатах самоисследования обычно практикуются в сфере психотерапии.

Содействие развитию аффективного сознания с последующим самоизучением составляет одну из важнейших задач супервизии, выполнение которой требует разработки специальных методов обучения. Развитие аффективного сознания и самоизучение индивида не имеет сходства с преподаванием обычного фактического и теоретического материала с помощью существующих методов обучения, поскольку аффективное сознание и самоизучение имеют сугубо личный характер. В результате этого преподавателям психотерапии приходилось одно время многое заимствовать из своих учебных методик и интерпретаций на основе известных структур сознательных и бессознательных аффектов, которые они применяли в психотерапевтический и психоаналитических ситуациях. Этот исторический прецедент объясняется тем, что, в отличие от чисто психологических методов работы, учебный психоанализ вначале рассматривался, да и сейчас в определенной мере рассматривается как психологическое обучение, в основе которого лежит опыт (Fleming and Benedek, 1966). Терапевт должен не только избавиться от безразличия к своим неврозам, но и приобрести опыт в распознавании действия своих психических сил.

В области психоаналитического и психодинамического обучения проблемы профессионального мастерства терапевта в широком смысле характеризовались либо как продукты незнания и неосведомленности терапевта, либо как его психологические конфликты или общая неразвитость (1958). В этой учебной модели незнание устраняется с помощью традиционных методов обучения, а проблемы предполагаемого конфликта или неразвитости рассматриваются как проявления психопатологии, которые устраняются с помощью модифицированного метода применения переноса, разъяснения и интерпретации (Ekstein and Wallerstein, 1958; Lawner, 1989).

В действительности между психотерапией и психотерапевтической супервизией существует много соответствий, которые позволяют понять привлекательность переноса психотерапевтических представлений в область обучения. Психотерапия и супервизия представляют собой парные ситуации, которые позволяют внимательно рассматривать серьезные жизненные события и эмоциональное восприятие этих событий различными индивидами. Психотерапия и супервизия являются процессами обнаружения сокровенных мыслей и чувств; они характеризуются саморефлексией и самосознанием; они формируют и обнаруживают неожиданные аффективные реакции в ситуации неравного соотношения сил; каждая из них формирует определенный уровень зависимости и/или регрессии. В виду существования множества таких соответствий представляется оправданным использование

концепций из области психотерапии и психоанализа в надежде пролить свет на то, как с точки зрения обучения необходимо понимать и реагировать на проблемы аффекта и бессознательного.

Тем не менее, значение существенных различий между психотерапией и супервизией понималось менее ясно. При проведении курса психотерапии или психоанализа, например, пациент сообщает терапевту различные сведения о себе. К таким сведениям относятся данные о внутреннем опыте пациента и его поведении в различных ситуациях в прошлом и настоящем; фантазии пациента; сведения, полученные с помощью совместного рассмотрения отношений между пациентом и терапевтом. В психотерапии эти отношения принято считать областью совместного исследования.

Тем не менее, при проведении психотерапевтической супервизии практикант и супервизор располагают совершенно иной информацией. В супервизорском диалоге подробно не рассматриваются личная и профессиональная биографии. На супервизорских занятиях рассматривается только сведения о поведении практиканта на терапевтических сессиях и непосредственно наблюдаемые супервизорские взаимодействия в отличие от психотерапии и психоанализа на супервизиях обычно не проводится совместный анализ отношений между супервизором и терапевтом. В результате этих глубоких различий объем доступных сведений, на основе которых супервизор мог бы строить педагогические или ' иные умозаключения, весьма ограничен по сравнению с объемом сведений доступных терапевту в области психотерапии или психоанализа.
Если, например, замечено, что практикант затрудняется решить данную проблему в качестве терапевта, супервизору чрезвычайно трудно точно определить, относится или не относится эта проблема к другим сферам прошлой или настоящей жизни практиканта, то есть, является ли выявленная на супервизиях проблема проблемой педагогического характера или же представляет личный вопрос, который вторгается в профессиональную жизнь. Даже в тех случаях, когда данная проблема бесспорно имеет место в различных профессиональных ситуациях, необходимо проявлять осторожность, прежде чем делать психопатологические обобщения или ставить диагноз.

На первых этапах обучения нередко отмечаются проявления регрессии и депрессии, которые рассматриваются как психологическая реакция практиканта на свое участие в новой деятельности (Shershow and Irwin, 1976). Это замечание подчеркивает трудность построения точных психологических формулировок относительно практиканта, который временно погружается в поток психологических изменений в ответ на свое профессиональное развитие. В своей работе нам приходилось сталкиваться со случаями, когда практиканты, страдающие нарциссизмом, беспокойством или депрессией, успешно справлялись со своей работой. Изменения происходили в течение более короткого промежутка времени, чем можно было бы ожидать в тех случаях, когда эти проблемы имели преимущественно характерологический аспект и не соотносились с определенным этапом профессионального развития.

Мы рассмотрели некоторые из информационных вопросов, которые позволяют обсуждать с лицом, проходящим курс психотерапии, его аффекты и бессознательное, хотя в супервизорском процессе используется значительно более ограниченная информационная база. Ограниченность доступа к информации уменьшает вероятность проведения квалифицированного обсуждения аффектов и бессознательного практиканта. Тем не менее, правота и достаточная информированность составляют лишь часть супервизорской проблемы. Терапевт и супервизор могут быть правы в своих замечаниях и в то же время нуждаться в межличностном контексте, который позволяет им вести обсуждение. Какие же особенности взаимоотношений дают возможность беспристрастно рассматривать психологические разъяснения и интерпретации? Другими словами, каково содержащееся во взаимоотношениях начало, которое позволяет какому-либо лицу оставаться равнодушным

или обижаться, когда ему сообщают одни и те же сведения? Мы применяем этот относительный подход для сопоставления отношений, существующих в психотерапии и в супервизии; и собираемся сопоставить психотерапевтические и супервизорские условия, которые наиболее пригодны для разработки теории обучения и методов рассмотрения аффектов и самообнаружений на супервизиях.

Психотерапия и супервизия реализуются в ситуации, которая характеризуется целенаправленностью, парностью (dyadic), консультативностью и непрерывностью. В отличие от психотерапии, однако, в супервизорской ситуации необходимо оказывать помощь нескольким лицам. В психотерапии таким лицом являются пациент. В супервизорской ситуации в результате заинтересованы практикант, пациент, а нередко и учебное заведение. В этих двух ситуациях существуют различные степени свободы выбора. Терапевтов обычно выбирают, а супервизоров назначают. Аналогично этому пациенты могут по своей инициативе прекратить терапевтические отношения, а практиканты не могут. Пациенты обладают большой свободой в выборе материала, который они предпочитают обсуждать на терапевтических сессиях. Практиканты должны выбирать из того, что пациент решил предоставить для лечения (Betcher and Zinberg, 1988). Ни одного из этих различий недостаточно для создания или разрушения ощущения безопасности в психотерапевтической или супервизорской ситуации. Эффекты характеристических различий обеих ситуаций аддитивны. Тем не менее, базовая структура отношения супервизируемого сама по себе не обеспечивает такой же уровень безопасности, какой заложен во взаимоотношениях терапевтических.

Во взаимоотношениях обоего типа ощущение безопасности или уверенности пациента и практиканта (Maltsberg and Buie, 1969) имеет существенное значение для успешного обсуждения аффектов и бессознательного индивида. Необходимо обеспечить существование уверенности в том, что диалог будет проходить в рамках поставленных целей ситуации и другие вопросы не будут обсуждаться. Например, пациента не будут просить сообщить личные сведения с целью их использования терапевтом или супервизором в личных целях; просьба сообщить личные сведения должна преследовать только терапевтические и супервизорские цели. Во-вторых, должно существовать ощущение уверенности в предсказуемость консультативных взаимоотношений, а именно, Что лицо, сообщившее о своих недостатках, встретит беспристрастное отношение к себе, его не будут позорить и унижать. И последнее. Уверенность в том, что консультант доверяет или благожелательно относится к практиканту, выполняет чрезвычайно важную роль противовеса по отношению к неизбежным чувствам стыда и вины, которые проявляются как в психотерапии (Lewis, 1985), так и в супервизии (Lewis, 1986).

Восприятие этих относительных качеств в конечном счете относится к сфере внутреннего восприятия ситуации индивидом. Не существует объективных норм установления межличностных контактов, которые можно было бы выполнить или определить; ощущение человеком уверенности — это вопрос внутреннего опыта, который определяется внутренними психологическими силами данного человека. Человек нередко ощущает уверенность в ситуациях, когда он не должен и не может ощущать уверенность, даже если ситуация действительно безопасна. Внутренний опыт практиканта или пациента в конечном счете определяет восприятие ситуации как достаточно стабильной для обсуждения личных аффектов и бессознательного.

Супервизия позволяет достигнуть высокого уровня ощущения безопасности и уверенности. Правильная оценка внутренних различий между супервизорскими и психотерапевтическими отношениями относительно их добровольности, контроля за выбором консультанта, содержания и продолжительности этих отношений, а также числа лиц, с которыми необходимо одновременно работать, помогает понять проблемы, которые могут возникнуть в супервизии.

Относительные проблемы безопасности и уверенности рассматривались без дальнейшего упоминания психологических и психотерапевтических концепций рабочего союза, эмпатии и самости для предотвращения возникновения зависимости от метапсихологических концепций психотерапии и их переноса в ситуацию обучения. Необходимый опыт и понимание проведения обсуждения аффектов и бессознательного находятся в сфере психотерапии и психоанализа. Тем не менее, непосредственный перенос психоаналитических концепций (таких как конфликт и защита) на супервизорский диалог имеет существенные недостатки. В психотерапии эти к.онцепции заимствуются из метапсихологии, которая опирается на определенные допущения относительно терапевтических отношений и целей отдельных лиц, участвующих в терапевтическом процессе. Супервизорские отношения и цели, а также участники супервизорского процесса (учащийся и преподаватель) не настолько совпадают со своими терапевтическими аналогами, чтобы использовать такие же допущения или метапсихологию.

Рассмотрим материал, предоставленный для рассмотрения на супер-визиях в середине учебного года. Способный практикант (третий год практики) обсуждал проблемы анализа и лечения пациентки в возрасте около тридцати лет, которая страдала импульсивностью и перемежающимся психозом. Лечение только начиналось и поэтому в вопросах постановки диагноза и определения скрытой динамики пациента не было ясности. Терапевт излагал полученные им сведения о пациенте, как вдруг осознанно перешел на изложение личных проблем. Он сообщил супервизору, что у него была сестра, которой был поставлен диагноз психотического заболевания. Несколько лет назад она совершила самоубийство. Терапевт сказал, что работа с пациенткой напомнила ему о сестре.

В свете полученной информации супервизору необходимо было принять решение, как следует понимать откровенное сообщение терапевта о себе и как на него следует реагировать. Что означает это саморазоблачение? Что будет способствовать обучению? Что будет способствовать лечению пациента? Какие потребности и моменты личной жизни терапевта нуждаются в уважительном отношении? Супервизор в целом верил в способности и личные достоинства терапевта, но это не тождественно знанию того, почему терапевт сообщил личные сведения на супервизии и почему он это сделал именно в данный момент.

Не существует общего ответа на вопрос, следует ли поощрять подобные самораскрытия, включая их в супервизорский диалог. Принятие решения определяется рядом факторов. Супервизоры и практиканты нередко расходятся в своих взглядах на то, что следует считать уместным в обсуждении на супервизиях. В тех случаях, когда основное расхождение в их соответствующих ожиданиях остается невыявленным, маловероятно, что супервизор будет реагировать эффективно. Напротив, признание существования различий в подходах и терпимое отношение к таким различиям обычно приводят к определенной гибкости даже при отсутствии согласия.

Супервизор должен оценить способность их рабочих отношений в поддержании исследования личного материала практиканта. Аналогичное суждение должно быть сделано в отношении личных и профессиональных усилий наставника. Какова вероятность, что терапевта попросят или даже заставят сделать признания личного характера, о которых он впоследствии будет сожалеть? Какова вероятность, что обсуждение таких признаний вызовет тревогу, а не устранит ее? Не вызовет ли это в конечном счете у терапевта чувство неловкости? Супервизор может затронуть эти вопросы непосредственно в диалоге. Он можетотметить, что признает личный характер этих сведений и готов беспристрастно рассмотреть некоторые возможности выбора и сопутствующие риски.

Даже после принятия решения о возможности обсуждения указанного материала супервизор должен определить полезность или бесполезность такого исследования и необходимое направление для его реализации. Супервизор нередко не располагает необходимыми данными, на основе которых можно было бы сформулировать компетентное

решение. Откровенные сообщения терапевта могут означать либо существенное углубление учебных задач супервизорского процесса, либо уход от выполнения этих задач.

В примере с терапевтом, сообщившем о самоубийстве своей сестры, беседа о воспоминаниях и чувствах терапевта может иметь существенное значение для понимания его эмоциональных и терапевтических реакций на пациентку. Однако это не единственная возможность. Это сообщение может также означать невыявленное или бессознательное желание терапевта подвергнуться терапии по поводу смерти родной сестры, воспоминание о которой у него вызвала пациентка. Кроме того, существуют моменты, когда терапевт предпочитает говорить о самом себе, а не об определенной проблеме своего обучения. В таких случаях самораскрытие может быть способом игнорирования проблем лечения пациента и обучения терапевта. Сообщения личного характера нередко проистекают из мнения терапевта о том, что супервизор не может помочь ему в учебе, и тогда, чтобы заполнить время супервизорского занятия, он начинает говорить о предметах, которые не имеют отношения к процессу лечения. В нашем примере сама серьезность сообщения делает маловероятной последний вариант. Такая возможность становится более вероятной в тех случаях, когда терапевт постоянно говорит на супервизорских занятиях о предметах, содержание которых не имеет отношения к лечению (например, профессиональные планы на будущее, каникулы, семейные события).

Первой реакцией супервизора на сообщение терапевта было беспокойство о том, что ему сообщили сведения личного характера при отсутствии знания, почему это было сделано. Беспокойство супервизора также было реакцией на свою неуверенность в том, что он должен теперь предпринять. Супервизору следовало отметить личный и профессиональный аспекты сообщения терапевта, а затем сосредоточиться на совместном рассмотрении профессионального аспекта. В данном случае супервизор сказал, что лечение пациентки, вероятно, вызвало у терапевта воспоминания и чувства, связанные с его сестрой, и, вполне возможно, что он вновь переживает и даже оплакивает потерю родной сестры. Далее супервизор сказал, что им необходимо вдвоем поразмыслить о том, каким образом это может повлиять на лечение пациентки.

Ответ супервизора приглашал к дальнейшим откровенным сообщениям, которые должны были соответствовать задачам супервизии: обучение терапевта и лечение пациентки. Супервизор не предложил и не запретил терапевту подробнее рассказать о личных сторонах тех чувств и мыслей, которые пробудила в нем пациентка. Супервизия вполне обоснованно претендует на ту часть материала, которая имеет отношение к лечению. В то же время было бы неестественным и жестоким предполагать, что в супервизии нет места для личных сообщений, которые не относятся к клинической работе. Однако такие сообщения не должны подменять супервизорскую работу.

Терапевт отреагировал на оба аспекта супервизорских замечаний. Он вкратце рассказал о том, что опыт работы с серьезно больными пациентами пробудил чувства печали и гнева и напомнил об ответственности, связанной с его сестрой. Он также рассказал о чувстве беспокойства, которое он испытал, столкнувшись с необходимостью лечить пациента, который, по его мнению действительно относился к категории повышенного риска. С точки зрения супервизора опыт терапевта имел профессионально-учебную особенность. В результате своего жизненного опыта терапевт обладал повышенным сознанием возможности неблагоприятного терапевтического исхода для пациентки.

Исходя из учебной оценки, супервизор перешел от рассмотрения жизненного опыта терапевта к прагматической оценке вариантов и опасностей лечения данной пациентки. Это привело к разработке более определенного плана ее лечения и позволило терапевту глубже понять реальные опасности и ограничения лечения серьезно больных пациентов. На супервизиях супервизор и супервизируемый учитывали учебный контекст, в котором развивался диалог, когда они рассматривали сугубо личные (и, по нашему мнению,

уместные) сведения о терапевте.
Вышеприведенный пример демонстрирует несколько принципов или особенностей, которые, мы полагаем, необходимо иметь в виду при рассмотрении на супервизиях личную жизнь терапевта. Первый из этих принципов состоит в том, что показателем ценности откровенных сообщений о себе на супервизиях служит та мера, в которой они содействуют лечению пациента и обучению терапевта. Будут ли эти сообщения соответствовать или мешать достижению основных целей супервизии? В данной супервизии обсуждение сведений личного характера могло либо занять подобающее место, либо вообще не занимать никакого места. Нередко бывает так, что супервизоры не располагают достаточной информацией, чтобы загодя определить, будут ли самораскрытия содействовать или препятствовать достижению учебных целей супервизии. В виду этой неопределенности можно открыто ставить и совместно рассматривать вопросы приемлемости личных сообщений для обучения терапевта и лечения пациента.

Во-вторых, независимо от приемлемости или неприемлемости самораскрытий для обучения, супервизоры также должны определять возможность обсуждения этого материала с супервизором и практикантом на данном этапе супервизорского процесса. Ответ на этот вопрос зависит от характера участников супервизии и от их рабочих отношений. Удалось ли супервизору и терапевту ограничить, определить и рассмотреть свои чувства в рамках супервизорства? Обеспечили ли их взаимоотношения безопасность и ощущение уверенности или вызвали чувства беспокойства и неловкости? Проводилось ли совместное рассмотрение факторов неопределенности в этих вопросах так, чтобы терапевт также был участником, а не только зрителем в супервизии?

В-третьих, приступив к рассмотрению самораскрытий, супервизор и терапевт не должны выходить за пределы учебной целесообразности. Наряду с этим они могут использовать более традиционные, менее личные учебные вмешательства. В вышеприведенном примере супервизор заметил, что основной профессиональной проблемой терапевта было опасение, что его профессиональное мастерство окажется малоэффективным в серьезной клинической ситуации. Разъяснив эту проблему, супервизор попытался ответить на конкретные вопросы обучения, помогая ему уточнить клиническую оценку пациентки, предусмотреть в плане лечения непредвиденные обстоятельства и определить пределы и факторы неопределенности лечения серьезно больного пациента. Они не сделали супервизию более личной, чем это было необходимо.
Супервизор может сформировать ощущение уверенности при переходах от эмоционально окрашенного рассмотрения самораскрытий терапевта к другим, более привычным, менее личным вмешательствам типа моделирования ситуации, дидактического наставления и клинического опроса. После разъяснения учебной или клинической проблемы на основе самораскрытий терапевта супервизор может использовать вмешательства, в которых содержится уважение к личной жизни терапевта и в то же время учитываются выявленные клинические и учебные потребности. Супервизор может оперативно отреагировать на проблемы терапевта, который, подобно Стивену Сондхейму на психиатрических конференциях, решает вопрос, насколько откровенным он должен быть в ситуации, связанной с работой. Супервизорское рассмотрение самораскрытий терапевта способствует утрате терапевтом ощущения приватности. Другая особенность супервизорского процесса, которая определяет, насколько личной должна быть супервизия, заключается в той роли, которую играет аффект в учебе и профессиональном развитии терапевта. В следующей главе мы рассмотрим этот вопрос.

Глава 6

АФФЕКТЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

Требования к межличностной роли психотерапевта, в соответствии с которыми необходимо сознательно сдерживать эмоции, представляются новыми для учащегося и поэтому последний нуждается в помощи со стороны своего супервизора, чтобы освоить эти требования. Например, значительной эмоциональной нагрузкой для терапевта являются негативные переносы пациента, которые необходимо терпеливо сносить и подвергать анализу. Только в дружеских отношениях принято терпимо относиться к проявлениям сильных негативных чувств к себе. Однако роль психотерапевта является исключением из этого правила. Начинающий психотерапевт подвергается аффективным воздействиям, которые не имеют аналогов в его прошлом опыте и еще не были им освоены. Поэтому терапевту необходимо приобрести новые психологические навыки в определении своих отдельных эмоциональных реакций на новые социальные отношения. Источником аффективных реакций терапевта служит не только пациент, с которым он встречается, но и его личная психологическая структура и переживания. Поэтому реакции терапевта в определенной мере неповторимы и в этом смысле непредсказуемы.

В силу вышеупомянутых требований к уникальной роли психотерапевта он должен развить способность переносить и понимать свои аффективные переживания. Модель обеспечения реализации этого процесса во время обучения можно получить на основе нормативного непрофессионального процесса распознания аффектов. Каждый человек строит свою собственную топологию для определения класса эмоции, которую он испытывает, с последующей привязкой этой эмоции к соответствующим внутренним или внешним событиям. Человек постепенно учится выборочно контролировать свои внутренние аффективные состояния и определять класс и детерминанты своих эмоций. Люди используют различные исходные данные для формирования умозаключений о своих чувствах и их причинах, в том числе и о соматических коррелятах аффектов, о воспоминаниях, ассоциативном и дедуктивном формах мышления. Процесс овладения навыками определения и формулирования своих чувств обычно реализуется в детском возрасте. Дети не обладают врожденной способностью распознавать свои аффективные состояния и не владеют языком для их расшифровки. Ребенок приобретает способность распознания того, что он чувствует, на основе характерного для возрастного этапа его развития процесса в атмосфере сочувствия и понимания. В идеальном случае этот этап психологического развития завершается до начала профессионального обучения. (В тех случаях, когда это не происходит — например, в случае индивида с серьезными хроническими пробелами в осознании своих эмоций,— необходимо проводить непосредственно само лечение, а не только супервизию.) Если же такое нормативное развитие состоялось, тогда профессиональные требования к изучению психотерапии придают иной, дополнительный окрас процессу приобретения знаний о своих аффективных переживаниях. Этот этап профессионального обучения включает в себя понимание, терпимость и хорошее знание своей аффективной восприимчивости. Роль супервизора на этом этапе профессионального обучения состоит не в исследовании исторических корней производных переноса этих аффективных реакций, как, например, в психотерапевтической ситуации, а в оказании помощи терапевту в определении своих уникальных аффективных показателей и в стабилизации состояния свободной от стыда терпимости и любознательности по отношению к этим аффективным состояниям. При этом супервизор помогает терапевту таким образом распознавать и модулировать аффекты, чтобы он мог осваивать эту новую аффективную информацию о самом себе, не испытывая чувства подавленности или обиды.

На этом этапе необходимо ясно понимать некоторые вопросы, имеющие отношение к

рассмотрению аффектов и личных проблем на супервизиях. Супервизор и практикант должны уметь обсуждать аффекты, вызванные у терапевта лечением пациента. В рамках новых социальных отношений терапевт должен научиться терпеть и понимать свои аффективные реакции. Супервизорскую задачу в процессе такого обучения невозможно выполнить с помощью концепций, заимствованных из психотерапии для формулировки и упорядочения указанных проблем. В то же время мы полагаем, что модель профессионального обучения, предназначенная для супервизий в области психотерапии, предусматривает все, чему необходимо научить без непрошенных вторжений в личную жизнь практиканта.

Клинический пример показывает, как терапевт должен учиться преодолевать разрыв между навыками, приобретаемыми в процессе обучения, и аффектами и каким образом обучение этим навыкам можно включить в супервизорский процесс. Начнем с рассмотрения методов, с помощью которых супервизор может строить свои комментарии в соответствии с содержанием рассматриваемой терапии. Определенные особенности терапевтического взаимодействия оказывают значительное влияние на уровень интенсивности аффектов, возникающих на супервизиях.

В начале учебного года практикант (первый год обучения) приступил к клинической оценке пациента, заметив: “Этот пациент очень раздражает меня. Не знаю, что мне с этим делать”. Пациент был больным с пограничным состоянием в возрасте тридцати лет. Он был переведен из терапевтического отделения больницы в стационарное с заключением психотерапевта-консультанта об опасности самоубийства данного пациента. Практикант, работавший в стационарном отделении, не согласился с выводами консультационной службы. Пациент тотчас стал центром разногласий среди врачей по вопросам: в каком объеме необходимо контролировать пациента во время пребывания в стационарном отделении и в какой мере можно рассчитывать на сотрудничество с его стороны в процессе реализации плана лечения в стационарных условиях.

На супервизиях можно было бы рассмотреть ряд клинических проблем, включая те аффекты, которые этот пациент вызывал и у других.

Однако наш практикант сформулировал клиническую проблему на основе своего чувства раздражения и поэтому аффективное восприятие пациента терапевтом стало во главу угла проблем супервизируемого в супервизий. Независимо от реакции супервизора учебный аспект супервизий должен соотноситься тем или иным образом с проблемой аффекта, представленной практикантом как первостепенной из всех его проблем. Супервизорский подход должен помочь практиканту в выполнении профессиональных задач по сдерживанию, выявлению и интеграции аффективного переживания, поскольку оно соотносится как с данным этапом лечения пациента, так и с данным этапом профессионального обучения практиканта.

Существует несколько возможных подходов, каждый из которых с точки зрения обучения имеет свои достоинства и недостатки. Мы опишем три подхода, представляющих некоторое возрастание степени открытости рассмотрения аффектов практиканта на супервизиях: подход, в центре которого помещается пациент, межличностный подход (в котором рассматриваются межличностные ситуации за исключением ситуации лечения) и подход, в центре которого помещаются проблемы переноса и контрпереноса.

С точки зрения обучения подход, акцентирующий роль пациента, должен помочь практиканту взглянуть на мир с субъективной точки зрения пациента. Например, супервизор мог бы вместе с практикантом приступить к рассмотрению подробного описания пациента, чтобы помочь терапевту составить представление о субъективном восприятии пациентом самого себя и мира: что чувствует пациент, в чем состоят его проблемы, на каких взаимодействиях он конфликтует? На супервизиях ясное представление о внутреннем состоянии пациента можно составить на основе сведений о жизни пациента без рассмотрения

терапевтической ситуации. Супервизор получает возможность установить взаимосвязь между межличностными проблемами пациента, когда он вызывает раздражение у других людей, не теряя из вида учебный аспект субъективного или внутреннего переживания пациентом этого момента. Супервизор может разъяснить динамику пациента и ее связь со способностью пациента вызывать у людей раздражение. Конечная цель состоит в том, чтобы помочь терапевту-стажеру на мгновение "оказаться в психологической шкуре" пациента.

Этот подход минимизирует тенденцию супервизора рассматривать субъективные впечатления терапевта о пациенте: в рассматриваемом примере раздражение, испытываемое терапевтом, непосредственно не рассматривается. Вместо этого центральное место в супервизорском диалоге занимают внутренние переживания и внутрипсихическая динамика пациента. Это оказывает существенную помощь неопытным терапевтам, которые не умеют устанавливать эмпатический контакт с пациентом или в целях защиты уклоняются от установления такого контакта. Этот подход обеспечивает психологическую и учебную точность без чрезмерной личной стимуляции или откровенности в супервизорском диалоге. При этом супервизор и практикант совместно рассматривают материал, сохраняя психологическую дистанцированность от него. Из педагогического поля зрения исчезают межличностные характеристики терапевтического процесса и личные впечатления терапевта о пациенте.

Вместо акцентирования аффективного отношения практиканта к лечению на супервизиях в этом подходе выделяется интеллектуальное и клиническое понимание с целью модулирования (modulate) эмоций терапевта на основе разъяснения характера внутренних проблем пациента. Кроме того, совершенствование способности терапевта составлять представление о внутренних переживаниях пациента помогает ему рассматривать внешне агрессивное поведение пациента как реакцию на внутреннее смятение. Такое интуитивное понимание внутренней жизни пациента в свою очередь помогает терапевту модулировать свое раздражение по отношению к пациенту.

Этот подход к проведению супервизорских занятий для психотерапевтов минимизирует рассмотрение аффектов терапевта и вероятность возникновения эмоционально окрашенной ситуации, способной вызвать у практиканта чувства смятения или раздражения. Подход требует от практиканта минимального самоуглубления. Кроме того, он не зависит от установления тесного сотрудничества между супервизором и супервизируемым. И последнее. В подходе, где в центре внимания стоит пациент, учитываются кругозор и учебная подготовка практиканта и основное внимание уделяется описанию тех результатов клинических наблюдений, которые необходимо знать для соответствующего исследования других параметров терапевтического процесса и их включения в рассмотрение на супервизиях. Ясное представление о субъективных переживаниях пациента в данный момент позволяет создать интеллектуальную атмосферу и основу для понимания межличностных параметров лечения и роли переноса и контрпереноса в лечении как производных от основной патологии пациента. Основной недостаток этого подхода состоит в том, что он исключает или минимизирует рассмотрение некоторых клинических данных на сурервизиях.

Предположим, что супервизор стремится расширить рамки клинического диалога по данному пациенту и в то же время отреагировать на вышеупомянутое аффективное состояние терапевта, а именно на то, что пациент вызывает у терапевта раздражение. Супервизорское поле зрения можно было расширить для включения в рассмотрение межличностных процессов жизни пациента, не обсуждая терапевтическую ситуацию. Супервизор мог начать с рассмотрения эпизодов, в которых пациент рассердил друга или члена семьи. Это рассмотрение можно было бы обобщить на аналогичные типы раздраженного обмена мнениями между пациентом и другими лицами в больнице. При анализе этих обменов мнениями супервизор мог бы рассмотреть эмоциональные и психологические аспекты раздраженной реакции других лиц на пациента, не вторгаясь в сферу личных впечатлений

практиканта о пациенте, поскольку эти реакции на пациента принадлежат не терапевту, а другим лицам.

Результаты клинических наблюдений сохраняют дистанцированность, причем супервизор и практикант совместными усилиями осуществляют рассмотрение, участвуя в процессе обучения. Представление о внутреннем переживании друга пациента или работника лечебницы можно было бы основательно обсудить и соотнести с поведением пациента, вызвавшем это переживание. Супервизор мог бы ясно определить внутрипсихический параметр реакций других лиц на этого пациента и установить связи с аффективными проблемами пациента. В то же время от практиканта никогда непосредственно не требуют анализировать свои впечатления о пациенте. Несмотря на уважительное отношение к личной жизни практиканта, супервизорский диалог имеет более аффективную окраску, чем при использовании подхода, ориентированного на пациента, поскольку супервизорский процесс теперь включает в себя подробное обсуждение межличностных конфликтов, не ограничиваясь рассмотрением субъективного ощущения пациента, что другие люди неуважительно к нему относятся.

В учебном контексте усложняющаяся клиническая информация представляется на супервизиях в дидактической (а не эмпирической) форме. Практикант имеет возможность использовать супервизорскую информацию в личных или практических целях, но делать это он должен в приватном порядке. Практикант может принять к сведению то, что он узнал на супервизиях о межличностной сфере жизни пациента, и обобщить на межличностную сферу терапии. При этом практикант мог 6ы приступить к выявлению и анализу соответствий между взаимодействиями пациента с самим практикантом при проведении терапии и его взаимодействиями с другими лицами. Таким образом практикант превратил бы дидактическое обучение в эмпирическое. Эта форма обучения предполагает уважительное отношение к личным и защитным моментам в жизни практиканта, оказывая минимальное давление на сотрудничество между супервизором и практикантом, поскольку при таком обучении не ставятся на рассмотрение сведения, которые могут вызвать чувство неловкости или беспокойства. Кроме того, эта форма обучения позволяет практиканту выразить словами свои личные впечатления о пациенте на супервизии или сохранить их в тайне. Включение практикантом таких сведений в супервизорский диалог нередко свидетельствует о его доверии к опыту супервизора и о вере в благожелательное отношение супервизора к нему.

В отличие от супервизорских подходов, ориентированных на пациента и межличностную сферу, подход, ориентированный на проблематику переноса и контрпереноса, характеризуется большей способностью воздействовать на эмоции терапевта. В тех случаях, когда на суперви-зиях преимущественно рассматриваются аффекты и процессы, связанные непосредственно с терапевтической ситуацией, терапевт утрачивает способность анализировать эмоционально дистанцированную ситуацию. Теперь терапевт понимает, что протекающие процессы затрагивают лично его, а не какое-либо другое лицо.

Хотя терапевты в большинстве своем приступают к практике, обладая определенным интеллектуальным знанием о существовании переноса, тем не менее понимание переноса, основанное на опыте, представляет собой нечто иное. Такое понимание составляет этап профессионального обучения, на .котором терапевт осознает, что он сам приобрел особое значение (которое может быть как положительным, так и отрицательным) для человека, с которым недавно был не знаком. В то же время терапевт должен учитывать парадоксально безличный характер этой привязанности (Freud, 1915; Model, 1991).

Первоначальное эмпирическое понимание терапевтом переноса составляет этап профессионального обучения, способного вызвать беспокойство. Практиканты нередко отмечают появление ощущения дополнительной нагрузки и ответственности, которые совпадают с ростом понимания переноса, реализуемого в процессе проведения терапии.

Терапевту необходимо привыкнуть к этому новому элементу восприятия

терапевтической ситуации. Превращаясь в объект переноса, терапевт должен освоиться с тем, что он быстро приобретает важное значение для другого человека без наличия общепринятых или семейных связей, сопровождающих процесс быстрого установления таких отношений. Если в случае пациента первоначальный перенос имеет относительно положительный и бесконфликтный характер, то для терапевта, впервые осознавшего, что он стал объектом переноса, терапевтическая ситуация приобретает дополнительное значение.

Эмпирический (experimrntal) характер чувств контрпереноса оставляет отдельную проблему профессионального обучения терапевта. В этом случае терапевт также имеет общее интеллектуальное представление об их существовании и даже о динамике явлений контрпереноса. При “переживаемом” понимании своих чувств контрпереноса, однако, терапевт лишается модулирующих воздействий межличностной и интеллектуальной дистанцированности, которые вполне приемлемы в супервизорских подходах к рассмотрению аффектов с ориентацией на пациента и межличностную сферу. Теперь терапевт перестает быть только наблюдателем и включается в процесс, который необходимо подвергнуть анализу. По этой причине и в силу сопутствующей утраты других учебных подходов, модулирующих аффекты, супервизорское рассмотрение проблем переноса и контрпереноса должно в большей мере опираться на супервизорские отношение и педагогический такт супервизора, чтобы содействовать модулированию аффективной напряженности.

Для модулирования уровня выражаемых и испытываемых эмоций на супервизиях применялись стратегии, которые не патологизировали практиканта и не противоречили профессионально-учебному подходу к аффектам. Эти стратегии ориентированы на решение следующих проблем: выбор языковых средств для обозначения аффектов на супервизиях; определение наличия трудностей, с которыми сталкивается терапевт при сдерживании, определении и интеграции рассматриваемого аффекта; определение пригодности клинического подхода и непреднамеренного обнаружения своих мыслей и чувств, обеспечиваемых супервизором; определение возможности опровержения представления терапевта о своей психике на основе разъяснения аффективной проблематики.

В вышеупомянутом случае терапевт почувствовал раздражение главным образом потому, что столкнулся со следующей дилеммой: отказ пациента сотрудничать и требование плана лечения, с одной стороны, и рекомендация консультанта не выписывать пациента, с другой стороны. Терапевт воспринял клиническую ситуацию как неподконтрольную и поэтому почувствовал себя беспомощным. Кроме того, терапевт рассердился на пациента (и на руководство психиатрического отделения) за то, что тот вызвал у него это чувство. Ранимость терапевта в этой ситуации объясняется отсутствием достаточного опыта и трудностью проблем пациента. Динамика поведения пациента вызвала у терапевта ощущение беспомощности. Пациент опасался, что ни терапевт, ни лечебницы не будут лечить его и таким образом оставят наедине со своими чувствами покинутости и беспомощности. В равной мере он опасался, что терапевт и лечебница будут его лечить и оставят наедине с чувством подавленности ситуацией, а следовательно, такой же беспомощности, как и в первом случае.

В языке супервизорского диалога используется целый ряд слов для передачи напряженности данной эмоции: в нашем примере такой эмоцией является раздражение. Слова супервизора “терапевт вызвал у пациента чувство ярости” способны активировать у практиканта более сильную эмоцию, чем слова “терапевт вызвал у пациента раздражение”, поскольку слово с более сильной эмоциональной окраской способно вызвать более сильную эмоциональную реакцию. Напротив, подчеркивая, что пациент действительно чувствует себя беспомощным, супервизор снижает уровень эмоциональной раздражительности терапевта с помощью новой формулировки раздражения, испытываемого пациентом. Полагают, что обсуждение аффектов целесообразно начинать с рассмотрения менее сильных

формулировок. Супервизорские замечания о раздражении пациента вызывают менее сильный аффект, чем замечания о первобытной ярости пациента. Аналогично этому супервизору следует приступать к рассмотрению контрпереноса у терапевта, отметив, что пациент вызывает у учащегося чувство раздражения, но не ярости.

Слова с менее интенсивной эмоциональной окраской практически не затрагивают личные и защитные моменты жизни терапевта и позволяют провести пробное исследование восприимчивости терапевта к рассматриваемому материалу. Практикант может усилить рассматриваемую эмоцию, ответив, например, следующим образом: “Этот пациент уже не раздражает меня; он меня бесит”. Рассмотрим различия в следующих супервизорских замечаниях: “Этого пациента было бы неприятно лечить”; “Этого пациента действительно неприятно лечить”; “Этот пациент, вероятно, досадил бы терапевту”; “Мне кажется, этот пациент раздражает вас”. Подобные языковые вариации ясно передают различия в подходах и в выражении аффектов. Что касается супервизора, то гипотетическое и безличное формулирование результатов наблюдений отражает более уважительное отношение к личным эмоциям практиканта и оставляет терапевту больше психологического пространства для осмысления замечаний супервизора.

Второй подход к модулированию аффектов на супервизорских консультациях состоит в определении супервизором наличия у терапевта затруднений при сдерживании, определении и интеграции рассматриваемого аффекта. Для супервизора важно не опережать терапевта в предложении рассмотреть результаты наблюдений. В вышеупомянутом примере терапевт знал, что пациент вызывал у него раздражение. Терапевт сдержал проявление этого чувства, а затем определил его класс. Терапевт работал над анализом и интеграцией своего чувства, вырабатывая терпимое отношение к нему.

Другой практикант мог бы иметь больше эмоциональных пробелов в определении аффектов. И поэтому, приступая к рассмотрению данных наблюдений за пациентом, он мог бы отметить, что знает о чувстве дискомфорта, вызываемом у него пациентом, но не знает, почему это происходит. Такое утверждение означает, что терапевт способен зафиксировать свое дисфорическое состояние, но затрудняется определить класс аффекта. В этом случае супервизору необходимо ориентировать свои замечания на разъяснение класса эмоции, с которой работает терапевт.

Третий терапевт мог бы приступить к супервизорскому занятию с поспешного заявления о том, что ответственность за клиническую ситуацию следует взять на себя начальнику отделения. Это означало бы, что такой терапевт затрудняется зафиксировать аффект и поэтому осуществляет его смещение, возможно, выходя за рамки своих задач. В этом случае супервизору необходимо ориентировать свои замечания на оказание терапевту помощи в сдерживании, определении и анализе своего беспокойства. Короче говоря, супервизор должен учитывать следующий этап обучения терапевта, чтобы обеспечить точное соответствие между супервизорскими вмешательствами и рассматриваемым материалом. Супервизорское замечание, опережающее материал, усваиваемый практикантом, может подвергнуть практиканта эмоциональному воздействию, не оказав ему никакой помощи.

Третий способ супервизорских вмешательств при модулировании аффектов связан с предоставлением супервизором определенного объема дополнительной клинической информации и сведений о своей практике. Вообще говоря, сообщая клинические сведения и сведения о своем опыте клинической работы, супервизор создает атмосферу коллегиальности и сотрудничества, которая способствует рассмотрению данного терапевтического вопроса. При этом снижается уровень тревоги и/или смятения терапевта. Справедливо и обратное утверждение: чем больше терапевт ощущает свое одиночество и неуверенность, тем больше беспокойство терапевта и тем больше вероятность наступления смятения. По причинам, указанным в пятой главе, это в первую очередь относится к супервизорскому рассмотрению проблем переноса и контрпереноса.

В этом случае супервизор может оказать практиканту клиническую помощь. Очевидно, что вопрос “Как вы думаете, почему этот пациент вызывает у вас раздражение?” менее эффективен, чем замечание “Этот пациент многим досаждает; нам нужно понять, что это означает”. Цель последнего замечания состоит в том, чтобы обеспечить клиническую нормализацию аффективной реакции и показать, что у практиканта есть доброжелательный собеседник.

Более эффективным, однако, оказывается сообщение супервизора о своей клинической ассоциации с целью разъяснения динамики: “Я постоянно задаю себе вопрос, не скрывается ли за всеми отказами пациента сотрудничать обычное чувство страха”. При решении проблем контрпереноса супервизор также может сообщить сведения из области своей практики: “Этот пациент напоминает мне другого пациента, который в процессе лечения приводил меня в бешенство”. В этих примерах внимание на какое-то время переключается с аффекта практиканта на супервизора, который выступает в роли коллеги. В то же время, сообщая сведения о себе как о профессионале, супервизор занимает более сдержанную позицию в качестве объекта фантазии практиканта. Такие сообщения не противоречат профессионально-учебному подходу к рассматриваемым проблемам аффекта. С педагогической точки зрения это означает, что работа с указанными аффектами составляет нормативную область профессиональной сферы, которую должен освоить каждый терапевт.

И последнее. Супервизор должен учитывать, что на начальном этапе разъяснение определенной аффективной проблемы может оказать дестабилизирующее воздействие на представление терапевта о своей психической деятельности. В рассматриваемом примере терапевт, вероятно, устыдился бы, обнаружив, что его раздражение играет вторичную роль по отношению к ощущению своего врачебного бессилия и что этот процесс протекает параллельно реализации раздраженной реакции пациента на ощущение бессилия терапевта, которое остается невыраженным. Поскольку эта информация, вероятно, не окажет дестабилизирующего воздействия на представление терапевта о своей психической деятельности и профессиональной самобытности, супервизор вполне мог бы использовать и этот подход.

Тем не менее, ситуация могла бы повернуться иным образом. Некоторые терапевты приходят в смятение, обнаружив, что пациент вызывает у них раздражение. Рассмотрим пример, в котором терапевт сообщил, что пациентка прислала ему несколько телефонограмм с угрозой направить администрации лечебницы жалобу на неудовлетворительное лечение. В этом случае терапевт выдвинул предположение, что пациентка может причинить себе вред, однако просмотр результатов клинических наблюдений не подтвердил это предположение. Основой для него, вероятно, послужила реакция терапевта на свою фантазию об убийстве пациентки. Супервизорское разъяснение этого вопроса способно не только принести педагогическую пользу терапевту, но и поставить перед ним эмоциональную проблему: немногим начинающим терапевтам бывает приятно узнать о том, что они фантазируют об убийстве человека, за лечение которого они несут ответственность. Некоторые модулирующие вмешательства (например, привлечение внимания к языку и сообщения супервизора о себе) могут принести пользу супервизиям, когда супервизор разъясняет терапевту этот вид аффективной реакции.

Этот перечень, вряд ли, можно назвать исчерпывающим. Разумеется, такие достоинства супервизора, как скромность, сострадание, юмор и интеллект, имеют огромное значение. И все же модулирование аффективных переживаний и проявлений на супервизиях имеет принципиальное значение для формирования у терапевта понимания и способности переносить аффективные переживания, связанные с психотерапевтической учебой и практикой. Предыдущее рассмотрение супервизорских вмешательств показывает различные концептуальные подходы, с помощью которых супервизор может обращаться к рассмотрению на супервизиях степени напряженности аффектов терапевта.

Какую величину аффекта следует считать полезной с точки зрения обучения? Какую величину следует считать слишком большой или слишком малой? На одном уровне ответ зависит от конкретных участников процесса, их привычных способов установления контактов и мышления, а также от того, какие проблемы личной и профессиональной жизни в данное время оказывают воздействие на супервизорский процесс. В таких случаях необходимо определить и рассмотреть слишком большое число потенциально значимых независимых величин. Тем не менее, учет конечного результата супервизии — процесса обучения — обеспечивает эмпирическую постановку вопроса о том, какую величину аффекта следует считать целесообразной с точки зрения обучения. Ответ необходимо искать в области контроля за качеством обучения терапевта.

Хотя идеальная временная основа для оценки результатов учебы студента и возникает лишь по прошествии нескольких месяцев, тем не менее супервизору необходимо исходить из других учебных параметров, которые дают более непосредственную оперативную информацию о контроле за аффективной напряженностью. Одним из полезных показателей служит непрерывность супервизорского диалога. Интеграция результатов наблюдений в супервизорском процессе обеспечивает непрерывность проработки учебных тем на одном занятии и при переходе от одного занятия к другому (или при переходе от рассмотрения одного пациента к рассмотрению другого пациента, если рассматриваются несколько пациентов). В случае с практикантом, у которого пациентка вызвала раздражение, супервизор должен ожидать, что терапевт вернется к обсуждению негативных аффектов контрпереноса. Неожиданное проявление равнодушия к этому вопросу свидетельствует о слишком высоком уровне аффективной напряженности. Постоянное выдвижение на первый план негативных аффектов в ущерб рассмотрению других данных также свидетельствует о существовании проблемы.

Другим супервизорским показателем оптимальной аффективной напряженности служит число забываемых или припоминаемых сведений о психотерапевтическом занятии в ответ на определенное супервизорское вмешательство. При удовлетворительном протекании супервизорского процесса терапевт обычно припоминает дополнительные подробности об определенном эпизоде или о соответствующих эпизодах терапевтической работы.. В таких случаях дополнительная клиническая информация позволяет расширить диапазон дальнейшего супервизорского диалога. Другим супервизорским показателем служит степень открытости или ограниченности ассоциаций терапевта по материалам наблюдений за пациентом. Более свободные ассоциативные реакции могут охватывать дополнительные сведения о пациенте или соответствующие литературные произведения, кинофильмы, текущие события и даже впечатления из личной жизни. Вообще говоря, свобода ассоциативного мышления на супервизиях означает, что супервизорский процесс протекает нормально и что аффективный накал находится в норме. Ограниченность или неиспользование ассоциативного мышления означает, что супервизия проходит не совсем нормально и что аффективный уровень супервизии нуждается в корректировке.

Отслеживание аффектов терапевта на супервизиях обычно сопряжено с риском обнаружить больше, чем супервизор и терапевт готовы рассмотреть. Источником этой проблемы служат парадоксальность и противоречивость чувств, испытываемых терапевтом в связи с открытым рассмотрением его личных чувств (даже в интересах обучения). Терапевтам необходимо воспитывать в себе способность большей терпимости и понимания аффективных переживаний, связанных с психотерапевтической практикой. Профессионально-учебный подход к этой части супервизорского курса обучения позволяет супервизору ориентировать свои учебные формулировки и вмешательства. Роль супервизора состоит в том, чтобы помочь в модулировании аффектов и разъяснить терапевту его впечатления об этой части профессионального обучения по мере его развертывания. Супервизорские вмешательства должны включать вопрос профессиональной выносливости

терапевта к аффектам в супервизорском рассмотрении клинических нужд пациента. Терапевт обладает характерными способами чувствования, которые должны учитываться супервизором. Аналогично этому терапевт также обладает характерными способами познания того, что он знает, своего рода эпистемологией своей клинической работы. Для супервизора важно понимать оба аспекта характеристического подхода терапевта к клинической работе. Обратимся теперь к дополнительным учебным вмешательствам, представляющим дополнительный педагогический выбор, с помощью которого супервизор может привести свой подход в точное соответствие с когнитивной и аффективной структурой терапевта.

Глава 7

СУПЕРВИЗОРСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В третьей и четвертой главах мы рассмотрели, каким образом учет когнитивных способов, используемых учащимся, позволяет более отчетливо выявить его образовательные потребности. В пятой и шестой главах рассматривались вопросы, связанные с внутренней жизнью практиканта. К ним, в частности, относятся проблемы границ супервизорского исследования и управления аффектами в супервизии. Основное внимание здесь уделялось супервизорским выборам способов вмешательств. В настоящей главе описываются сами супервизорские вмешательства, а также ряд подходов, которыми располагает супервизор, здесь мы обсудим и то, каким образом супервизор может применять эти подходы на основе характерного для практиканта когнитивного стиля и с учетом педагогических задач супервизорского процесса. Мы определим супервизорское вмешательство, рассмотрим его сильные и слабые стороны в конкретном проявлении и покажем, каким образом такие вмешательства применяются для оказания помощи терапевтам-практикантам в их профессиональном росте с учетом их индивидуальных способов познания. Супервизор может использовать эти вмешательства независимо от своих теоретических пристрастий, поскольку мы придаем особое значение не содержанию предмета преподавания, а способу его передачи.

Моделирование

Моделирование предполагает демонстрацию супервизором собственных способов мышления на базе своей практики, отыскание смысла в ассоциациях пациентов, формулирования предположений, терпимого отношения к аффектам, использование своего воображения и принятие решений. Супервизор не может осуществлять свою деятельность, не предлагая себя, когда это уместно, в качестве модели для подражания. Иногда моделирование осуществляется сознательно, а иногда принимает форму спонтанной демонстрации супервизорского метода. Для супервизора моделирование нередко является наиболее удобным подходом к преподаванию и его реализация протекает вполне свободно. Если, например, практикант проявляет определенную сдержанность в своих эмоциональных реакциях на пациента, супервизор может выразить свои впечатления об этом пациенте или поделиться мыслями об аналогичном пациенте из своей практики, равно как и о тех чувствах, которые вызвал у него этот пациент. С помощью примеров передается мысль о том, что эмоциональная реакция на пациента ожидаема, значима и достойна рассмотрения. Супервизор может сделать это интуитивно или сознательно, демонстрируя практиканту модель рефлективности и открытости обсуждения. Аналогично этому супервизор дает образец ассоциативного (зачастую неинтуитивного мышления для начинающих терапевтов, не прошедших курс личной терапии), творческого и игрового мышления и демонстрирует

пригодность такого мышления для более глубокого понимания пациента. В четвертой главе мы упоминали о супервизоре, у которого изложение результатов клинических наблюдений за пациентом вызвало ассоциации с Гекльберри Финном и Дэнни Кейем в фильме "Тайная Жизнь Уолтера Митты" по произведению Турбера. Супервизор рассказал практиканту об этих ассоциациях и о том, как они помогли разобраться в проблемах пациента. При этом он моделировал интерес к маргинальным мыслям и ассоциациям, не имеющим прямого отношения к рассматриваемому материалу, но играющим важную роль в клиническом разборе.

Любая деталь в поведении и мышлении преподавателя оказывается своего рода потенциальной моделью будущего поведения учащегося, нередко без какого-либо намерения со стороны преподавателя. Один преподаватель психоанализа рассматривал с группой практикантов результаты клинических наблюдений за пациентом. При этом он продемонстрировал свой подход к прослушиванию материалов терапевтического процесса, поэтапно прослеживая быструю смену содержания, аффектов и отношения пациента к аналитику, позволивших выявить деятельность тонких защитных механизмов. Супервизор продемонстрировал связь между этим подходом и работами Поля Грея по анализу защитных механизмов и оказанием помощи пациентку в повышении уровня самонаблюдения. Проводя такой "микроанализ" супервизор продемонстрировал свою профессиональную компетентность, понимание деталей проблемы и точность наблюдений. Один из практикантов описал впоследствии важное значение данных консультаций для его понимания этого аспекта аналитической деятельности. Преподаватель предложил модель одного способа аналитического прослушивания материала, и учащийся воспринял этот подход, теоретическую точку зрения и идентификацию с преподавателем в форме единого впечатления. В процессе дальнейшей аналитической работы данный практикант нередко размышлял об этих консультациях и всякий раз вспоминал преподавателя, когда пытался применить такой метод.

Практикант также смотрит на конкретного супервизора как на образец терапевта, образец того, как надо рассуждать и какие виды данных пригодны для составления заключений и формулировок о пациенте. Несмотря на то что характер доказательств в психотерапии и психоанализе составляет предмет разногласий и нередко приводит в замешательство клиницистов, отдельные супервизоры в силу особенностей своей личности, харизмы и силы своих убеждений нередко оказывают огромное влияние на практикантов в процессе обсуждения нерешенных вопросов. Это возлагает ответственность на супервизора, приступающего к рассмотрению и объяснению своих способов мышления, рассуждения, составления умозаключений и построения выводов. Скрытая супервизорская директива типа "Поскольку этот способ установления связей между ассоциациями пациента имеет для меня смысл, его, вероятно, следует считать правильным, и поэтому я надеюсь, что вы также считаете его правильным" не показывает, каким образом супервизор пришел к своим выводам. Такой подход не позволяет практиканту понять причины, побудившие супервизора сделать данный вывод. Более того, у учащегося может сложиться впечатление, что постижение; смысла ассоциаций пациента процесс таинственный, и тайна его известна лишь посвященным.

Одно из достоинств моделирования состоит в том, что оно предоставляет в распоряжение практиканта ясную эмпирическую картину, которой придерживается более опытный наставник. Идентификация позволяет повысить уровень обучения. Если супервизор выбрал верную тактику, то моделирование демонстрирует способ мышления и поведения, которому практикант может подражать. Супервизор может, например, сказать: "Если бы вы думали, чувствовали и поступали так, что у меня возникло бы чувство доверия, тогда, разумеется, и я попытался бы действовать подобно вам". В данном контексте можно упомянуть неопытных клиницистов, испытывающих смущение, испуг или раздражение в

случае словесных нападок со стороны пациента. Супервизор может определить цель обучения, как приобретение способности терпимо относиться к нападкам пациента, размышлять о них, извлекать из них полезную информацию о пациенте и избегать каких-либо репрессивных действий в отношении к нему. Супервизор демонстрирует альтернативный способ реагирования, когда он спокойно слушает и серьезно воспринимает сообщения о пациенте и дает практиканту понять, что и ему это по силам. В тех случаях, когда практикант не извлекает для себя пользы из такого подхода и, например, испытывает затруднения с контрпереносом, необходимо применять другие супервизорские вмешательства. Для более опытных терапевтов супервизор может моделировать свою интеллектуальную любознательность или интерес к установлению связей между результатами клинических наблюдений, литературой и различными теоретическими подходами.

Одна из опасностей, связанных с моделированием, состоит в том, что практикант может утратить перспективу и понимание того, что моделирование является всего лишь одним из способов мышления супервизора, а не правильным подходом. Учитывая возможность такой опасности, Эйтингон полагал, что каждый практикант должен иметь несколько супервизоров (см. главу 1). К мерам предосторожности относятся рассудительность и здравомыслие практиканта, а также супервизорские напоминания ему о том, что моделирование — это лишь один из способов сведения воедино различных сведений. Тем не менее, в тех случаях, когда супервизор обладает харизмой или когда формируется сильный перенос, идентификационные и имитационные тенденции могут усилиться, ограничивая при этом свободу практиканта в формировании своего стиля работы с пациентами. Кроме того, супервизор, способный передать чрезмерную уверенность в правильности своего метода, нередко способствует формированию у супервизируемого покорной зависимости в обучении (Ornstein, 1968). Такая покорность нередко ошибочно принимается супервизором за стремление к учебе или за признак готовности к сотрудничеству, причем остаются без внимания основополагающие механизмы сопротивления обучению и беспокойство, связанное со стремлением к самостоятельному мышлению. Как отмечают Флеминг и Бенедек (1966), поощрение имитационной формы обучения не должно составлять основную деятельность супервизора. Напротив, оно должно использоваться только в соответствии с “конкретной учебной необходимостью и должно составлять лишь один из этапов общего учебного процесса” (р. 236).

Дидактические инструкции

Дидактическое обучение включает в себя все формы непосредственного объяснения, в том числе и передачу знаний в данной области (рассмотрение диагностических критериев определения основной депрессии, описание так называемого “анализа защиты”, рассмотрение различных способов применения гипноза и т.д). Сюда может относиться объяснение своей формулировки и диагноза для пациента. Очевидно, что такое обучение является существенным компонентом квалифицированного преподавания, поскольку существует определенный объем знаний, который необходимо усвоить и применять в работе с пациентами. Дидактическое обучение позволяет терапевту ориентироваться в теоретических подходах и различных способах рассуждения о пациенте, а также учитывать, каким образом различные теории влияют на методику. Объясняя психодинамическую основу использования ассоциаций пациента для понимания его бессознательной сферы и объясняя, почему рефлективное мышление имеет существенное значение для обучения терапевтической практике, супервизор помогает практиканту овладеть практическими навыками.

Экстайн и Валлерстайн (1958) проводят различие между “скрытыми зонами” (“dumb sports”) (не совсем удачный термин для обозначения областей, в которых отсутствие достаточных знаний или опыта создают проблемы) и “мертвыми зонами” (“blind sports”) (куда могут вторгаться конфликты терапевта). Дидактическая инструкция помогает заполнять скрытые зоны, в то время как неспособность дидактического обучения оказывать помощь нередко свидетельствует о существовании проблем, выходящих за рамки профессионального опыта.

Дидактическое обучение также предусматривает предоставление практиканту рекомендаций по проведению клинической работы. Если супервизор замечает, что терапевт своевременно не интерпретирует существенные данные, тогда он должен принять решение о способе корректирующего вмешательства. Супервизор может предложить свой вариант отношений с пациентом (моделирование) или задать терапевту ряд вопросов с целью рассмотрения возможных выборов (сократический метод). Иногда, однако, супервизор выбирает более директивный подход, если замечает, что клиническое действие должно получить преимущество по сравнению с другими решениями, осуществляемыми терапевтом. Супервизор нередко усматривает необходимость в научении, диктующую применение такого подхода. Например, терапевту может мешать характерный для него способ мышления, скажем, чрезмерная конкретность, ограничивающая понимание им символического значения. Наряду с этим личные конфликты нередко не позволяют супервизируемому спокойно и внимательно рассмотреть враждебное поведение пациента. Иногда ответственность перед пациентом вынуждает супервизора сказать терапевту, как следует поступить. Такая подсказка может принять форму указания о необходимости интерпретировать некоторые данные, оценить суицидные тенденции, назначить средство для лечения или госпитализировать пациента.

Наряду с передачей информации и руководством клинической деятельностью дидактическое обучение нередко помогает практиканту, а иногда и супервизору, снизить уровень неуверенности. Снятие беспокойства путем овладения фактическим материалом относится к одному из достоинств дидактического метода. Умение поставить диагноз пациенту часто помогает учащемуся перестать беспокоиться и спокойно выполнять терапевтическую задачу.

Однако дидактический подход может отражать и жесткую защитную позицию супервизора. Порой необоснованная аргументация по поводу того, как следует понимать клинические данные и что необходимо с ними делать, защищает терапевта и супервизора от чувства собственной неуверенности. Например, столкнувшись с дестабилизирующей реальностью страданий пациента, супервизор и супервизируемый могут пересмотреть кардинальные признаки диагноза и выдвинуть единую гипотезу, избежав тем самым непосредственных сопереживаний с пациентом.

Орнстайн (1968) описывает подавляющее воздействие дидактического метода в тех случаях, когда его применение доводится до крайности: “В крайних случаях, преподаватель уступает искушению занять дидактическую позицию. Он соглашается стать объектом преклонения, наслаждается всеобщим восхищением и поощряет идентификацию и имитационное обучение. Он оправдывает подобный “метод преподавания”, указывая на беспокойство и беспомощность практиканта, которые, по его мнению, можно устранить лишь путем передачи большого объема информации” (р. 301). Преобладание имитационной формы обучения практиканта не позволяет учитывать появление различных учебных “кризисов”, которые приводят к развитию творческого понимания (Felman, 1991). Чрезмерное применение дидактического подхода, после того как практикант продемонстрирует умение самостоятельно обдумывать проблему, может затормозить развитие учебного процесса.

В задачу любого супервизора входит передача своих впечатлений, и умение по-новому

взглянуть на проблемы пациента. Разъяснение запутанных данных ободряет терапевта. Если же супервизор неоднократно обращается к рассмотрению или ограничивается анализом только тех данных, которые представлены в форме выводов супервизора относительно пациента, то такое положение вещей может помешать терапевту развить инициативу и получить удовольствие от собственных открытий. Подобная форма сотрудничества лишает терапевта возможности активно работать с данными, делать открытия совместно с супервизором, распознавать неоднозначность данных и анализировать различные способы их видения. Если супервизор включает в обсуждение этапы построения своих выводов (Fleming, 1987), использованные им данные и представление об определенной умозрительности выстраиваемой картины, процесс формулирования психодинамики пациентов лишается таинственности и супервизируемый получает возможность в той или иной степени судить о правильности супервизорских выводов.

Этот подход может оказывать влияние на формирование способов мышления, рассмотренных в третьей и четвертой главах. Дидактический подход нередко помогает учащемуся в развитии индуктивного мышления, поскольку создает для него базу данных в конкретной области знания и помогает ему понять, какие наблюдения следует считать важными, каким образом наблюдения увязываются с ассоциациями, историей болезни, с переносом, и т. д. Дидактические наставления исподволь поощряют практиканта на использование ассоциативного и творческого мышления (например, в тех случаях, когда интуитивное открытие или возникшая теория вызывают у учащегося новые ассоциации и стремление проверить их на практике). Вместе с тем дидактический подход может привести к противоположному результату. Потенциальные недостатки дидактического обучения известны. Рассмотрим другую форму супервизорской деятельности, в которой учащийся принимает более активное участие.

Сократический метод

Под сократическим методом мы подразумеваем использование вопросов для привлечения внимания учащегося к активному обсуждению проблемы или спорного вопроса. Сюда относится обмен вопросами и ответами между супервизором и супервизируемым, который приводит не просто к передаче знаний, а к совместному открытию. Когда мы работали в психиатрии, многие из наших супервизоров, как нам тогда казалось, могли без труда объяснить, что происходит с нашими пациентами. У нас создавалось впечатление, что подчас они владели каким-то секретом и волшебными способностями, которые мы надеялись когда-нибудь заполучить путем постепенного освоения. Явное меньшинство составляли те супервизоры, которые реагировали, примерно, следующим образом: “История этого пациента довольно запутанная. Интересно, какое мнение можно составить об этом?” Не всегда было понятно, что означали эти замечания: отсутствие у супервизора понимания или специальный супервизорский прием, который должен активизировать мышление практиканта. Но какой бы ни была исходная причина, эти замечания оказывали положительное воздействие, побуждая практикантов разобраться в происходящем вместе с супервизором. С помощью вопросов, гипотез и сценариев по типу “что, если” этот вид диалектики побуждает практикантов к более активному участию в рассмотрении проблем пациента. Следующий пример демонстрирует сочетание дидактических наставлений супервизора с расспросами практиканта с целью побудить последнего к более активному исследованию проблем пациента.

Доктор П. недавно приступил к амбулаторному лечению пациентки-аспирантки в возрасте старше двадцати лет. История болезни молодой женщины содержала длинный перечень депрессивных переживаний, а также записей диалогов по поводу смысла жизни и

упоминаний о непосильных учебных требованиях. На терапевтических сессиях миссис Л. производила впечатление рассудительной женщины, способной дистанцироваться от своих эмоций. Хотя на каждой сессии пациентка и сообщала достаточно много сведений о себе, тем не менее терапевт оставался в недоумении, каким образом следует упорядочить свои впечатления от получаемого материала. Миссис Л. часто упоминала о грозящих ей опасностях (мать подавляла проявления гнева у членов семьи, миссис Л. чувствовала, что ее жених “ужасно равнодушен” к ней, своего прежнего терапевта она считала навязчивым, поверхностным интерпретатором). В то же время она боялась проявить несдержанность, боялась своего гнева, необузданных побуждений и беспощадной самокритики. На одной из терапевтических сессий миссис Л. сообщила, что боится водить автомобиль, поскольку только что присутствовала на заупокойной службе по близкому другу, погибшему в автомобильной катастрофе. Она спросила терапевта, не бывают ли некоторые катастрофы преднамеренными, и сообщила о том, как легко можно потерять управление и упасть с моста. Поначалу, сказала она, ее “захватило” чувство полета, но затем к ней вернулось понимание, что можно упасть и разбиться, а ей хотелось жить. Доктор П. заметил, что полет освободил бы от ужаса жизни. Миссис Л. ответила: “Да, это ужасный мир”,— и вспомнила о девушке, которую изнасиловали и убили. Терапевт отметил, что ее мать спровоцировала появление у нее чувства страха перед мужчинами и грабителями, и сказал, что более близкое знакомство с людьми возможно успокоило бы ее.

Супервизор полагал, что терапевт сосредоточился на утешении, а не на дальнейшем исследовании с целью помочь пациентке справиться со своими тревогами. Кроме того, доктор П, по-видимому, считал необходимым объяснять пациентке все, что происходит (дидактика и утешение). Супервизор полагал, что беспокойство пациентки связано с ее внутренними переживаниями (гнев, депрессия, суицидные побуждения, возможность утраты контроля над собой) и внешними опасностями. Он устоял перед искушением объяснить доктору П. свое мнение по поводу результатов клинических наблюдений в надежде побудить его к дальнейшим размышлениям. Супервизор также стремился привлечь внимание доктора П. к его манере утешать. Супервизор мог бы применить дидактический метод разъяснений, в определенном смысле аналогичный подходу терапевта к своей пациентке. Вместо этого он решил задать несколько простых, но очень важных вопросов.

Супервизор спросил, что доктор П. старался сделать на данной сессии. Терапевт рассказал, что миссис Л. находилась в не свойственном ей аффективном состоянии — переживании чувства страха, и он пытался успокоить ее. Далее доктор П. сообщил, что именно родители пациентки способствовали формированию у нее восприятия мира как “ужасного места”. Таким образом стремление терапевта к оказанию помощи и утешению было определено как сознательное намерение. Супервизор задал доктору П. вопрос: “Как вы думаете, что вызвало у нее чувство страха?” Терапевт рассказал, что мать пациентки боялась грабителей. Кроме того, она заставляла миссис Л. “ходить по дому на цыпочках”, чтобы не раздражать отца. Мать миссис Л. подверглась сексуальному насилию и породила у миссис Л. ощущение, что она будет находиться в большей безопасности, если станет вести себя как мальчишка-сорванец. Доктор П. сообщил, что пациентка сильно сокрушалась по поводу смерти ее друга и была убеждена (суеверно), что эту смерть можно было бы и предотвратить, если бы миссис Л. вела себя иначе.

В этот момент супервизор отметил, что если детские и теперешние страхи миссис Л. в основном связаны с опасностями, которые исходят от других лиц, то ее фантазии о возможности “слететь” с моста на автомобиле и суеверные представления о своей ответственности за смерть друга служат для супервизора свидетельством о существовании других опасностей, связанных с ее собственными мыслями и побуждениями. Доктор П. тотчас ответил, что, возможно, это напоминает паранойю: внутренние чувства гнева и страха принимают форму внешних опасностей. Супервизор согласился и отметил, что миссис Л., по-

видимому, боится своих чувств и опасается утраты самоконтроля.

Доктор П. сообщил дополнительные сведения, которые подкрепили концепцию их совместного с супервизором сценария. В прошлом пациентке приходили в голову фантазии о себе как о человеке, способном зайти в почтовое отделение с ружьем. Доктор П. заметил, что миссис Л. очень боялась своего гнева. Он рассказал о другой сессии, на которой пациентка сообщила об испытанном ею чувстве гнева на мать за то, что та вышла замуж за отчима. При этом миссис Л. не знала, что ей делать со своим гневом. Доктор П. спросил супервизора: “Когда она говорит: "я не знаю, куда заведет меня мой гнев", то может быть, мне следует спросить ее, а куда, по ее мнению, он может завести?” Задав такой вопрос, доктор П. предложил бы пациентке обсудить ее чувства и страхи, не пытаясь утешить и успокоить ее раньше времени. Доктор П. стремился получить от супервизора указание, какой другой подход можно применить в данном случае. Супервизор отметил, что чувства миссис Л. по отношению к своей матери, ее фантазии о появлении в почтовом отделении с ружьем, а также боязнь водить автомобиль — свидетельствовали о боязни утратить самоконтроль. Доктор П. спросил: “Вы хотите сказать, что она испытывает чувство гнева, а затем видит его воплощение в окружающем мире?” Супервизор ответил, что в своей жизни пациентка столкнулась с множеством реальных опасностей, но проекция ее чувств, по-видимому, составляет значительную часть ее страхов. Доктор П. задал вопрос о целесообразности признания того, что миссис Л боится потерять самоконтроль. Супервизор высказал мнение, что такое признание имеет смысл.

В этой беседе супервизор заметил, что пациентка сосредоточилась на внешних опасностях, а терапевт — на утешении пациентки. Для того чтобы придать терапевтическому диалогу более основательный характер, супервизор задал ряд вопросов с целью вызвать терапевта на разговор и помочь ему по-новому взглянуть на результаты клинических наблюдений, не раскрывая доктору П. ход своих рассуждений. Эта форма интерактивного диалога поощряет индуктивные способы мышления. В процессе внимательного изучения сообщения о внешних опасностях, угрожавших пациентке, супервизор увидел в них проекцию опасностей внутренних. Он указал на факты, подкрепляющие данную гипотезу. Это привело к обсуждению роли исследования и эмпатического сопереживания, отличающихся от утешения. Терапевт в определенном смысле идентифицировал свой подход с сократическим методом, когда решил спросить пациентку, куда, по ее мнению, способны завести ее гнев и другие сильные чувства, оставив преждевременные попытки успокоить .ее и отказаться от дальнейшего исследования.

В отличие от прямых указаний сократический метод позволяет использовать знания и творческий потенциал самого супервизируемого. Он побуждает к применению логического мышления, воображения и саморефлексии (если вопросы адресованы эмоциональным ответным реакциям супервизируемого). Супервизор может задать ряд парадигматических вопросов, адресованных к четырем типам мышления, рассмотренным в предыдущих главах. Ключевой вопрос к ассоциативному мышлению может выглядеть так: “Какие мысли возникают у вас в связи с результатами наблюдений за пациентом?” С точки зрения индуктивного мышления вопрос выглядит следующим образом: “Как вы пришли к этому выводу? Какие наблюдения, реакции и полученные данные были использованы вами?” С позиций рефлективного мышления можно задать следующие-ключевые вопросы: “Что вы почувствовали, когда это произошло (с пациентом)?” “Что вы действительно хотите сказать пациенту?” “Как вы опишите свой стиль или манеру работы с этим пациентом?” Какое у вас возникло впечатление?” В контексте творческого мышления вопрос можно сформулировать так: “Нельзя ли рассмотреть этот вопрос иначе?”

Сократический метод имеет свои ограничения. Нередко он приводит к появлению у супервизируемого чувств неуверенности, беспокойства и нарциссической ранимости. Такой подход нецелесообразен на первых этапах работы с застенчивыми учащимися. Его

применение нередко ставит таких практикантов в затруднительное положение и мешает обучению. Кроме того, вопросы могут иметь совершенно разные, скрытые под языковой оболочкой, содержания и значения, не всегда характеризующиеся благожелательностью и полезностью. Любой вопрос семантически связан с поведением: “Отвечай на этот вопрос!” Даже вопрос “Как вы себя чувствуете сегодня?” означает “Скажите мне, как вы чувствуете себя сегодня?” В потоке ежедневных взаимодействий мы обычно не обращаем внимания на эту сторону вопроса. Однако в психотерапевтическом и супервизорском диалогах, которые характеризуются определенным различием в полномочиях, семантическая структура приобретает большее значение. Сократические вопросы, задаваемые супервизором, нередко напоминают допрос и могут восприниматься как требовательные и унизительные. Вопрос может служить приглашением к большей независимости мышления или к совместным размышлениям о проблеме, но он может содержать и другие значения: властные, управленческие и оценочные. Супервизор должен внимательно прислушиваться не только к тому, как отвечают на его вопросы, но и к тому, как они воспринимаются.

Поощрение и разрешение

Супервизор поощряет любознательность учащегося и его стремление опробовать новые способы поведения и мышления. Многие супервизируемые имеют особые представления о пациентах и неохотно используют их в терапии. Нередко они испытывают неуверенность в выбранном ими методе, своевременности и точности замечания, которое они собираются адресовать пациенту. Такое поведение является следствием боязни оскорбить пациента или беспокойства за правильность выбранной позиции. Супервизируемый может посчитать неуместными некоторые из предлагаемых замечаний супервизора. Контрперенос, торможение и отсутствие достаточного опыта могут повлиять на решение терапевта где и как высказать свое замечание терапевту. Особое внимание в этом случае следует обратить на нежелание большинства терапевтов (особенно на первых этапах обучения) делать замечания, которые раздражают пациента, не вписываются в рамки его сознательных переживаний или противоречат поведению пациента в рамках переноса. В таких случаях практикант нуждается в поддержке супервизора. Например, полезным может быть следующее замечание супервизора: “Уместно сказать этому пациенту, чтобы он вел себя так, как-будто вас с ним рядом нет”.

На пути формирования интереса к психотерапевтической практике существует множество помех, к числу которых относятся тревога, связанная с нежеланием нарушить защитную структуру пациента, конфликты, связанные с болезненным любопытством к чужим делам, и т. д. Оказание помощи учащемуся в преодолении этих торможений входит в задачи супервизии. Иногда необходимо расспросить учащегося о его мнении по поводу своих торможений, особенно в тех случаях, когда поощрение не приводит к ожидаемому результату. И все же поощрение и разрешение нередко служат хорошей отправной точкой. Практиканты стремятся получить у супервизоров указания по поводу формирования допустимых форм терапевтического поведения. Допустимыми следует считать нормы профессионального поведения, которые соответствуют данной личности, этике, целям и ценностям терапии. Воспитание в себе таких форм поведения — процесс постепенный. Он включает в себя формирование профессиональной индивидуальности и происходит в течение всей профессиональной деятельности терапевта. Супервизоры играют важную роль в этом развитии, моделируя профессиональное поведение на основе своего поведения, своих методов и моральных ценностей.

Поощрение и разрешение позволяют практиканту экспериментировать с новыми формами терапевтического поведения и нередко освобождают его от торможения,

связанного с деятельностью, которую практикант может посчитать предосудительной. Данный подход играет вспомогательную роль, способствует развитию творческих способностей и снижает уровень тревожности практиканта. Наряду с поощрением новаторского подхода в терапии супервизор может поддерживать более свободное участие практиканта в супервизорском диалоге. Рассмотрим пример супервизорского диалога, в процессе которого практиканту было предложено уточнить, какие ассоциации вызывают у него результаты наблюдений за пациентом, чтобы взглянуть на данный случай по-новому.

Терапевт провел осмотр мужчины средних лет с целью проведения курса психотерапии. Пациент поступил на отделение неотложной помощи в состоянии сильной паники, вызванной страхом заражения СПИДом во время случайного полового контакта с гомосексуалистом. Обстоятельства этого контакта и результаты медицинского осмотра свидетельствовали о том, что вероятность инфицирования была весьма незначительной. Тем не менее, пациента не покидало чувство паники, и он помышлял о самоубийстве. Практиканту он показался симулянтом. Его отец был алкоголиком и умер восемь лет назад. Мать пациента потакала ему во всем и всегда была готова прийти к нему на помощь. Пациент женился на женщине, по отношению к которой испытывал сильное чувство вины в связи с тем, что пару раз изменял ей с проститутками и вступил в отношения с гомосексуалистом. Пациент работал таксистом и недавно получил кредит в банке, чтобы приобрести лицензию на частное владение и эксплуатацию такси. Возникшее в связи с этим повышенное чувство ответственности пугало его.

В течение десяти месяцев терапии пациент колебался между низкой самооценкой и грандиозными прожектами по поводу будущей работы. Он страстно желал, чтобы жена потакала ему так же, как это делала мать, выказывая при этом сильное стремление к зависимости. В то же время его охватывали порывы неистовой деятельности, сопровождавшиеся паническим стремлением избавиться от ощущения пассивности, зависимости и никчемности. Он играл в азартные игры, настойчиво добивался проведения медицинской консультации и фантазировал о самоубийстве в Лурде (город во Франции). На терапевтических сессиях он с тоской вспоминал отца, который смог бы его утешить и вселить в него чувство уверенности. Терапевт не оправдал его ожиданий, надежды стать сильным рухнули, он регрессировал к стремлению стать объектом заботы.

На одной из супервизии практикант обратился к супервизору с просьбой помочь ему подготовиться к обсуждению данного случая.

Супервизор считал практиканта способным и весьма компетентным специалистом. Он полагал, что их беседы до сих пор проходили на высоком профессиональном уровне, хотя самим встречам недоставало спонтанности и непосредственности. Поэтому супервизор решил, что на первых порах имеет смысл немного “поднажать” (провести нечто вроде “мозгового штурма”), а затем предложить терапевту свободно высказать свое мнение по поводу результатов наблюдений за пациентом и только потом перейти к совместным выводам. Когда супервизор предложил терапевту обсудить возможные ассоциации, связанные с пациентом, терапевт поделился множеством мыслей и сочинил при этом двуязычные каламбуры, положившие начало весьма оживленной, игровой и конструктивной беседе.

При формировании ассоциаций, связанных с фантазиями пациента о Лурде, практиканту пришел на ум ряд слов: континенты, несдержанность, выражение лица. Он поразмыслил об этих словах и отметил, что слово “континенты” относится к поездке за границу (Лурд, полет, бегство), “несдержанность”, возможно, относится к “невоздержанности пациента в желаниях” (например, пациенту трудно сдерживать свое влечение к азартным играм), а “выражение лица” ассоциируется с преувеличенной заботой пациента о своей внешности и теле. Затем у терапевта возникли ассоциации, связанные с неправильным произношением пациентом некоторых слов. Одним из таких слов было

“агрифобия” (ассоциации терапевта включали agree-phobia=боўçíü соглашательства), что послужило причиной возникновения ассоциаций с боязнью оказаться покорным (ассоциация была связана с оппозиционным характером пациента) и страхом перед сельским хозяйством [agriculture= сельское хозяйство] — боязнью обосноваться где-либо, взять на себя обязательства; боязнь выращивать что-либо из семян, (чувство вины по поводу внебрачных половых связей). Кроме того, пациент говорил “папайя на его языке” (вместо “бугорки на его языке”). В данном случае возникла ассоциация с выращиванием фруктов во рту, отражавшая проблемы орального характера и проблемы половой принадлежности. Другие данные позволяют предположить, что пациент относился к своему рту, как к своего рода чреву. Его очень беспокоили ссадины и микротравмы во рту. В связи с фантазией пациента о самоубийстве в Лурде у терапевта возникла ассоциация: “французский поцелуй смерти” (смертельный удар). Обсуждая планы пациента о бегстве, терапевт подумал о том, что этот пациент действительно “редкая птичка” и планы, возможно, вызваны его мужской истерией и боязнью оказаться в состоянии, близком к смерти.

Свободное рождение каламбуров и ассоциаций носило оживленный характер и доставляло удовольствие как терапевту, так и супервизору. Кроме того, оно помогло им сгруппировать свое обсуждение вокруг нескольких ключевых клинических тем. Дискуссия сосредоточилась на комплексе защитных механизмов, представленных стремлениями к бегству, азартным играм, локомоциям и театральности. Супервизор и супервизируемый сопоставили этот комплекс с теми предметами и событиями, от рассмотрения которых пациент уклонялся: телесные переживания, собственные желания, слабое ощущение самости и зависимость от других. Они обсудили метания пациента между полной беспомощностью (олицетворявшейся воспоминаниями о том страхе, с которым он ожидал возвращения своего пьяного, вселяющего чувство ужаса отца) и грандиозными замыслами (включая фантазии о своем мастерстве карточного игрока и “театральные” фантазии о Лурде). Основными темами обсуждения стали острая потребность пациента в бегстве от самого себя и окружающих его объектов (с помощью географической и межличностной дистанции) и напряженное беспокойство (включая страх бездействия, вмешательства в личную жизнь и чувство вины), которые постоянно заставляли его искать выхода в движении. Он тосковал по идеальному мужчине с материнскими чертами характера, который заменил бы реального отца и компенсировал его чувство бессилия. Однако в силу беспокойства, связанного с гомосексуальными тенденциями, и страха перед пассивным бездействием эта перспектива пугала его.

Ассоциации, связанные с клиническим материалом помогли сделать обсуждение свободным, обеспечили понимание предсознательных образов и ассоциаций и способствовали процессу выявления ключевых моментов в полученном клиническом материале. Терапевт с удовольствием присоединился к “мозговому штурму”, поскольку не подозревал возможность использования этого аспекта своего мышления на супервизиях. Однако, следует подчеркнуть, что для этого ему понадобилось поощрение со стороны супервизора. Быть может, потребность в поощрении указывала на его сомнения по поводу уместности обсуждения тех или иных вопросов на супервизиях. А может быть, это было связано с переносом на супервизора, поскольку реакция переноса могла вызвать торможение. Супервизор не знал и не расспрашивал об этом. Тем не менее, простое поощрение и разрешение по-новому подойти к супервизорскому диалогу дали замечательный результат.

Поощрение и разрешение использовать новые формы мышления и терапевтического поведения должны сопровождаться указаниями супервизора на то, какие установки и поведенческая позиция наиболее уместны в той или иной профессиональной ситуации. Например, супервизор может поощрять максимальную свободу и гибкость в размышлениях о пациенте, т.е. понимание смысла ассоциаций, аффектов и контрпереносов, поскольку терапевт использует весь потенциал своего мышления, воображения и жизнеощущения для

понимания пациента. В то же время поведение терапевта по отношению к пациенту должно отличаться осторожностью, вдумчивостью, добросовестностью и деликатностью. Разграничение свободы в терапевтическом мышлении и осторожности в поведении является одним из элементов профессионализма. Вместе с тем оно может вызывать у некоторых учащихся непонимание того, какие черты поощряет супервизор. Рассмотрение материала может сопровождаться приятным изумлением, когда практикант обнаруживает дисфункциональные паттерны в поведении пациента. Понять проблемы пациента помогает юмор, поскольку он сублимирует враждебность, обеспечивает дистанцию и перспективу рассмотрения, а также снимает напряжение. Иногда юмор может граничить с пренебрежительным отношением к пациенту. В таких случаях поощрение может привести практиканта к потере ориентации. В вышеприведенном' случае практикант мог истолковать творческое обсуждение как доказательство того, что супервизор считает данного пациента достойным осмеяния, а это могло повлиять и на отношение практиканта к данному пациенту, равно как и к пациентам вообще.

Супервизор должен учитывать допустимость поощряемых им форм поведения на терапевтических сессиях и супервизиях. Применяя метод поощрений — “Это полезный инсайт. Пойдите и расскажите об этом пациенту. Если это вызовет у него раздражение, постарайтесь понять причину”,— супервизор нередко недооценивает степень трудности такого задания для не уверенного в себе новичка. Учащийся может воспринимать поощрение как требование и переживать его как обузу. Супервизор должен учитывать соответствующую готовность к поощрению как терапевта, так и пациента. Супервизоры знают о внутренних переживаниях практикантов меньше, чем терапевты знают о переживаниях своих пациентов. Поэтому определение готовности терапевта встретиться с пациентом и осуществить интерпретацию, а также понимание того, что оказалось причиной неготовности — неопытность или невротическое торможение,— сопряжены с определенными трудностями. Тем не менее, супервизоры должны учитывать выносливость учащегося и тот факт, что поощрение и разрешение могут оказаться для него источником конфликта.

Поощрение и разрешение не тождественны поддержке. Если супервизор оказывает поддержку практиканту, не конкретизируя, что именно и почему он поддерживает, он может упустить из вида проблему учащегося. Например, супервизоры нередко помогают учащимся справиться с тревогой, сопровождающей работу с пациентом. Супервизорские вмешательства, ориентированные на успокоение и поддержку, не учитывают причину постоянного беспокойства практиканта в определенных терапевтических ситуациях. В психотерапии существует четкое различие между абстрактной поддержкой и поддержкой, основанной на определении динамики пациента. Поддержка, разрешение и поощрение на супервизиях должны быть ориентированы на особенности обучения или поведения практиканта. Является ли потребность в поощрении нормой для учащегося, не обладающего необходимым опытом? Не указывает ли она на существование контрпереноса? Свидетельствует ли потребность в поощрении о внутреннем конфликте терапевта? Не означает ли она перенос на супервизора, указывающий на зависимость от авторитета преподавателя? Разрешая и поощряя, супервизор нередко задает себе вопрос, не свидетельствует ли потребность практиканта в таких вмешательствах о существовании проблемы в обучении, нуждающейся в рассмотрении.

Успешное примерение супервизором методов разрешения и поощрения помогает учащемуся сформировать свой стиль поведения ч мышления.

Разъяснение

Разъяснение относится к числу вмешательств, которые включают в себя открытое замечание

супервизора относительно установки или поведения супервизируемого, полностью или частично остававшихся без внимания с его стороны. Такие замечания основаны, как правило, на результатах наблюдений за внешним поведением, аффектами и способами реагирования практиканта, и достаточно легко им опознаются, когда на них указывают. Такие замечания не содержат упоминаний о бессознательных конфликтах, защитных проявлениях и мотивациях практиканта. Супервизор может дать словесное описание тому или иному аффекту практиканта ("По-видимому, вас раздражал пациент, когда вы рассказывали эту историю"). Супервизор также может дать свое определение относительно поведения терапевта при проведении терапии. ("Когда пациентка упоминает о своем чувстве безысходности, вас охватывает беспокойство и вы начинаете давать оценку ее суицидным побуждениям, прекращая дальнейшие расспросы о чувстве безысходности").

Подобные замечания имеют своей целью обратить внимание практиканта на его собственные аффекты и поведенческие паттерны и переносят акцент супервизорского диалога с пациента на терапевта. Такое вмешательство привлекает внимание практиканта к тем неопознанным моделям, аффектам и "белым пятнам", на которые он до этого не обращал внимания. Замечания относительно терапевтических и учебных форм поведения учащегося и связанных с ними аффектов могут многому его научить. Они обогащают терапевта знаниями, позволяя исследовать проблемы контрпереноса, взаимодействия между пациентом и терапевтом, понимать и сдерживать аффекты, а также способствуют практическому овладению искусством психотерапии.

В тех случаях, когда практикант становится объектом внимания, появляется риск вторжения в личную жизнь и нанесения терапевту нарциссической травмы. Почувствовав себя объектом внимательного исследования, практикант начинает смущаться и оказывается в замешательстве. Здесь встает вопрос о границах супервизии, о потенциальном риске вторжения в личную жизнь практиканта. Ясных указаний о том, какими должны быть границы супервизии, не существует. Одни супервизоры полагают, что необходимо выявлять внутренние конфликты и аффекты практиканта, в то время как другие предпочитают сосредоточиваться на рассмотрении внешних проблем пациента. Такое расхождение в супервизорских взглядах восходит к расколу между венским и венгерским подходами к психоаналитической супервизии (см. главу 1) и связано с проблемой определения границ супервизорского рассмотрения внутренней жизни практиканта. Среди супервизоров и в соответствующих публикациях трудно отыскать согласие относительно соответствующих границ супервизии. На многих супервизиях также отсутствует ясное, основанное на взаимном согласии представление о границах межличностного диалога, когда каждый участник прощупывает ситуацию и определяет для себя приемлемую и полезную форму беседы.

Один практикант сообщил супервизору о пациенте, отец которого заболел. В детстве пациент испытывал острое чувство разочарований, связанное с невниманием к нему со стороны отца. Болезнь отца снова вызвала к жизни чувства разочарования и эмоциональной утраты. Терапевт рассказал об этой ситуации без эмоций и эмпатии по отношению к пациенту, оставив без внимания перенос, а именно то, что пациент, возможно, испытал разочарование в терапевте или сохранил с ним эмоциональную дистанцию. Ранее терапевт рассказал супервизору о том, что его родители развелись, когда он был ребенком, и он сам испытывал сильное разочарование, связанное с тем, что рос без отца. Когда терапевт сообщил о чувствах пациента, возникших в связи с болезнью отца, супервизор сказал: "Вам знакомо подобное разочарование". Супервизор отметил, что испытанное практикантом чувство утраты могло бы помочь ему понять и чувства пациента.

С помощью своих замечаний супервизор решил включить в диалог рассмотрение прошлого опыта терапевта, полагая, что двигаясь в этом направлении, терапевт сможет понять пациента или проникнуться его чувствами. Предполагалось, что связанные с потерей

отца переживания терапевта должны оказать определенное влияние на его восприимчивость к проблемам пациентов и на его работу в качестве терапевта вообще. Таким образом, замечание супервизора косвенно сводилось к разъяснению. Супервизор мог ограничиться рассмотрением данных о пациенте и более основательно проанализировать, каким образом болезнь отца пробудила в пациенте давнишние чувства. Он мог применить сократический метод, расспросив терапевта о его предположениях и ассоциациях по поводу пациента и рассмотрев возможность их использования для понимания проблем пациента. В данном случае супервизор решил включить в обсуждение опыт терапевта, в частности, вследствие значимости такого опыта, а также исходя из предположения о том, что аффективная отстраненность терапевта от рассматриваемого материала представляет бессознательную идентификацию с оторванностью пациента от своего переживания.

Супервизируемые достаточно широко отличаются друг от друга, в частности, по способности открыто обсуждать на супервизиях проблемы личного характера. Одни практиканты ведут себя достаточно откровенно и считают обсуждение своего внутреннего опыта не только допустимым, но и необходимым — если не сказать желанным — для учебы. Другие — предпочитают сосредоточиться на рассмотрении данных о пациенте, давая тем самым понять, что их не интересует обсуждение своих внутренних переживаний и чувств. Разъяснение как форма супервизорского вмешательства способствует реализации рефлективного мышления и нередко стимулирует ассоциативное мышление, особенно в том случае, когда практикант находит место в супервизорском диалоге для своих переживаний и чувств. Разъяснения способствуют использованию синтетического и творческого мышления в терапевтической практике в той мере, в которой они побуждают учащегося включать свой субъективный опыт и факты своей биографии в процесс профессионального совершенствования.

Тем не менее, супервизор должен учитывать реакцию супервизируемого на разъяснения. В связи с отсутствием общепризнанных или заранее установленных правил в “супервизионной игре”, а также вследствие того, что нарциссические ставки здесь достаточно высоки, готовность супервизируемого к проявлению своих мыслей и чувств должна влиять на определение этих границ и степени личной откровенности. В то же время должна сохраняться возможность пересмотра масштабов и границ. Супервизорские отношения находятся в процессе постоянного изменения и развития. Супервизорское замечание, которое воспринимается практикантом как проявление угрозы, в следующем этапе супервизорского процесса может восприниматься уже как игровое, уважительное и приемлемое отношение, если к тому времени возникнут отношения более глубокого доверия и сотрудничества.

Интерпретация

Если супервизорское разъяснение ставит проблему возможности нарушения супервизорских границ, то применение супервизором интерпретации делает эту проблему еще более актуальной. Это вмешательство носит спорный характер. Оно включает в себя интерпретацию аффектов, динамики и защитных проявлений практиканта, которые он не осознает. Такие комментарии выходят за пределы непосредственного разъяснения бессознательных процессов и мотиваций. Одним из широко обсуждавшихся компонентов комментирования является интерпретация “параллельного процесса” (Searles, 1955; Ekstein and Wallerstein, 1958; Sachs and Shapiro, 1976) с указанием на соответствие между поведением практиканта на супервизиях и тем, что происходит на терапевтических сессиях. Такой бессознательный процесс идентификации и копирования принимает форму инсценировки терапии, равно как и источника информации о ней. Экстайн и Валлерстайн (1958) отмечают,

что в таких ситуациях “терапевт и пациент, по-видимому, постоянно работают над диалогическими (общими) вопросами. Только тогда, когда учащемуся помогают решить определенные проблемы в самом себе, он оказывается способным объективно рассматривать соответствующие аспекты проблем пациента. Дело выглядит так, как будто мы работаем с “метафорой”, в рамках которой психотерапевтическая проблема пациента используется для выражения супервизорской проблемы практиканта, и наоборот”, (pp. 179—180). Лонер (1989) считает, что супервизор должен осуществлять наблюдение и интерпретацию способов бессознательной идентификации терапевта с защитными реакциями пациента в случае появления терапевтических или супервизорских проблем. Лестер и Робертсон (1993) полагают, что супервизор должен интерпретировать контрперенос практиканта, и приводят пример того, как супервизор активно интерпретирует сновидение практиканта в терминах его беспокойства (и желаний), связанного с пациентом. (p. 16). Доводом в пользу продуманного применения интерпретации на супервизиях служит то, что при наличии соответствующей мотивации самого супервизируемого, а также достаточного объема точной информации и супервизорского сотрудничества интерпретация может помочь терапевту глубже понять свою внутреннюю жизнь. Он может осознать, каким образом его собственные конфликты, защитные реакции и контрперенос влияют на его терапевтическую работу. Мальцбергер и Буйе (1969) приводят следующий пример супервизорской интерпретации:

> “Несмотря на попытки супервизора решить проблему, практикант позволял молодой пациентке делать в свой адрес критические замечания на протяжении нескольких сессий. Однажды супервизор попросил практиканта подумать о том, не испытывает ли он чувство вины по отношению к пациентке или по отношению к агрессивным женщинам вообще, поскольку трудно объяснить, почему он позволяет так грубо обращаться с собой. Поразмыслив над этим вопросом, практикант подтвердил правильность догадки супервизора, хотя и не сообщил ему подробных сведений о своих ассоциациях. Впоследствии он сумел помочь пациентке проанализировать свой гнев к нему, вместо того чтобы отреагировать его на нее на психотерапевтических сессиях” (p. 84).

Эту форму супервизорского вмешательства считают самой рискованной, поэтому ее можно использовать лишь при наличии достаточно крепкого учебного альянса. К числу основных опасностей относятся большой риск вмешательства в личную жизнь, возможность превращения супервизируемого (по мнению последнего) в пациента, причем без тех защит, которыми располагает пациент (Brtcher and Zinberg 1988). Кроме того, база данных, на основе которых супервизор конструирует интерпретацию, весьма ограничена по сравнению с терапевтической базой данных, и поэтому предположения по поводу переживаний и защитных реакций практиканта носят достаточно гипотетический характер. Тем не менее, и супервизоры, и супервизируемые могут наблюдать друг у друга многие проявления защитных механизмов и определенных черт характера. Не зная подробную автобиографию практиканта и его манеру поведения вне рамок супервизий, супервизор обладает весьма ограниченными возможностями для наблюдения и составления выводов о динамике пациента. Разумеется, здесь нет места для интерпретаций генетического характера. Манеру поведения и отношение терапевта, проявляющиеся в ходе терапевтических сессий или супервизий, можно комментировать в контексте их связи с неразрешенными конфликтами или чувствами, которые влияют на проведение терапевтом психотерапии. Более глубокое исследование таких конфликтов не входит в задачи супервизорской компетенции, но их проявление в подходе терапевта к пациенту и непосредственно к учебе может оказаться предметом супервизорского рассмотрения. В тех случаях, когда конфликты терапевта оказывают существенное влияние на процесс обучения, супервизор может обратить на это внимание терапевта и обсудить с ним способы преодоления таких конфликтов.

Шесть форм супервизорской деятельности призваны помочь практиканту достигнуть

понимания проблем пациента. Это моделирование, дидактическое наставление, сократический метод, поощрение и разрешение, разъяснение и интерпретация. Каждому подходу отведено определенное место в обучении практиканта. Интерпретацию необходимо применять только тогда, когда применение других форм суперврizорского вмешательства не дает положительных результатов. Супервизор начинает свою работу с наблюдения подходов к учебе и работе с пациентами, присущих супервизируемому. Он обращает внимание на способности к адаптации и коммуникабельность практиканта, на его подход к учебе, формы мышления и воображения, впечатлительность и общий объем знаний в данной области. Супервизор стремится поощрять развитие необходимых положительных качеств и помогать практиканту восполнить те или иные пробелы в профессиональных навыках.

В третьей и четвертой главах мы описали четыре способа приобретения знаний: индуктивный, ассоциативный, творческий и рефлективный. Супервизий могут помочь практиканту расширить диапазон применения этих способов мышления. Повысить их эффективность позволяет, например, моделирование. Супервизор показывает практиканту, как необходимо использовать ассоциации, логику, рефлективное и творческое мышление. Дидактическое наставление подходит для передачи знаний, хотя и не поощряет ассоциативное, рефлективное и творческое мышление практиканта. Хотя приверженец дидактического метода может опосредованно стимулировать эти формы мышления путем идентификации и моделирования. Сократический метод наиболее пригоден для поощрения всех форм мышления. Разъяснение и интерпретация непосредственно адресованы рефлективному мышлению, но могут привести и к непредсказуемым последствиям, поскольку данный метод может угрожать безопасности практиканта и вызывать у него защитную реакцию и беспокойство. Разъяснение и интерпретация свидетельствуют об интересе супервизора к практиканту в общечеловеческом плане и способствуют выявлению у него талантов, знаний и недостатков. Объектом таких супервизорских вмешательств является как практикант, так и пациент.

В некоторых работах по супервизий подчеркивается особая роль идентификации — заимствования практикантом навыков, установок, ценностей и методов работы супервизора. Хотя идентификация — неотъемлемая существенная особенность супервизорского процесса, тем не менее мы не являемся сторонниками чрезмерного применения идентификации. Мы отдаем предпочтение более интерактивной модели, основанной на взаимодействии, в которой на первый план выдвигаются таланты и личные особенности практиканта, а супервизор помогает ему развивать и укреплять уже существующие качества, определяя их слабые стороны и повышая его профессиональное мастерство.

Супервизор может показать учащемуся, каким образом некоторые Особенности его подхода к учебе могут помочь или, наоборот, помешать развитию его психотерапевтических способностей. Рассмотрим случай практиканта с интуитивным стилем мышления, для которого был характерен пониженный интерес и способности к индуктивному мышлению. Такой стиль помогал терапевту настроиться на пациента, интуитивно чувствовать аффекты, нюансы его настроения и поведения и предчувствовать возможную опасность. Этот метод, однако, мешает подчас конкретному пониманию пациента. Супервизор должен внимательно относиться к данному методу, поддерживать его и в то же время помогать терапевту отыскивать и другие подходы к пониманию проблем пациента. Супервизор может, например, в процессе обсуждения подчеркнуто внимательно относиться к конкретным деталям, высказать мнение о полезности индуктивного метода мышления и отметить ограниченность интуитивного подхода. Здесь ему помогут дидактический и сократический методы: “Какие наблюдения за пациентом привели вас к этому выводу?” или “Каким образом ваше представление о неспособности пациента к любви согласуется с вашими утверждениями о его чувствах к своей жене?”

Подход к учебе и формы мышления практиканта указывают на сферы одаренности и

компетентности, одновременно свидетельствуя о специфических проблемах клинической практики и учебного процесса. Для преодоления помех к обучению, связанных с невротическими и характерологическими проблемами, часто бывает необходимо провести курс личной терапии или психоанализа, поскольку возможности для их рассмотрения и модификации на супервизиях бывают весьма ограничены. Тем не менее, мы считаем, что супервизор принимает участие в определении и решении учебных проблем учащихся по мере их возникновения в клинической работе.

Супервизоры обладают меньшим объемом информации о собственных переживаниях своих супервизируемых по сравнению с той информацией, которой могут располагать практиканты о своих пациентах, однако, супервизоры знают характер, способы мышления, методы устранения аффектов и беспокойства, уровень коммуникабельности, нарциссические проблемы и способности своих практикантов. Такие знания могут помочь супервизору правильно оценить сильные и слабые стороны учебного процесса, потенциальную опасность контрпереноса и трудности, поджидающие терапевта в работе с пациентами. Задача супервизора — помочь практикантам расширить и оценить по достоинству арсенал своих средств познания, реагирования и размышления о проблемах пациентов.

Глава 8

ВОПРОСЫ САМООЦЕНКИ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО

Саморефлексия — существенный компонент процесса обучения психотерапевта. Супервизор с психодинамической ориентацией поощряет учащегося на осознание им своих реакций на пациентов. В то же время известно, что любое углубление самосознания терапевта нередко оказывает дестабилизирующее воздействие на его самооценку. (Robinson, 1936). Мелман (1974) описал регрессию, беспомощность и нарциссические проблемы, характерные для обучения и практики психотерапевта, ставящие под сомнение правильность самооценки учащегося. Причиной этого являются контакт с пациентами и сама ситуация обучения. Супервизор старается компенсировать данную опасность пониманием того, насколько она угрожает чувству собственного достоинства учащегося. В этой главе мы рассмотрим проблемы, связанные с чувством собственного достоинства, проанализировав виды их проявления в процессе супервизорских консультаций, а также способы решения таких проблем. В девятой главе мы рассмотрим значение роли супервизора и его самооценки, а также поговорим о том, как конфликты супервизора, связанные с самооценкой и потребностью сохранить власть над супервизируемым, усугубляют такие проблемы.

Опасности для самооценки

Сомнения в собственной значимости, равно как и нарциссизм, характерны для обучения в целом. В процессе психотерапевтической и психоаналитической практики обучение затрагивает личность практиканта и придает указанным проблемам весьма личностный характер. Когда плотник учится пользоваться новым инструментом или выполнять очередное задание, он может добиться успеха или нет, оказаться компетентным или некомпетентным. Овладение практическим навыком предполагает использование определенных психических и физических средств: понимание пространственных отношений, двигательные навыки, координация зрения и движений, сила и т. д. Наличие этих качеств может иметь для плотника огромное значение, но это не затрагивает всю его личность.

Терапевт для выполнения своей работы должен использовать весь потенциал своей личности: интеллектуальные способности, воображение, аффективные реакции, фантазию,

конфликты и т. д. В ситуации обучения это приводит к осознанию особенностей собственной личности. В супервизорской ситуации, как отмечает Орнстайн (1967), сознание рождается “ежедневно, ежечасно”. Психотерапевт сталкивается не только с необходимостью применять свои знания, но и с необходимостью включать в аналитический процесс анализ всех черт своей личности, от “привычек” до глубинных влечений” (**. 454—455).

Кроме того, плотник быстро определяет, научился ли он пользоваться тем или иным инструментом, поскольку умелое применение инструмента приносит осязаемые результаты. Стандартные критерии и очевидные результаты облегчают самооценку. В случае терапевта-практиканта дело не всегда обстоит таким образом. Разумеется, существуют навыки, приобретаемые в процессе обучения (например, умение определять психическое состояние пациента), результаты применения которых можно оценить непосредственно. В психотерапии, однако, оценка результатов в большинстве случаев отличается неопределенностью, запаздывает, страдает умозрительностью. Более того, получение результатов зависит не только от терапевта, но и от пациента.

Чувство собственного достоинства поддерживается результатами деятельности, талантом, конструктивными переживаниями, равно как и рядом интрапсихических детерминант. Для начинающего терапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный терапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характерны своей неоднозначностью и неопределенностью, и достижение их зависит от личности пациента, а не от априорных целей, которые может поставить перед собой терапевт. Поэтому положительная самооценка в психотерапии не всегда связана с постановкой и достижением определенных целей.

Другой особенностью психотерапии, способной вызывать нарциссические травмы является то влияние, которое оказывают на терапевта переживания пациента. Стремление достигнуть единения — с помощью, хотя и временных, но необходимых идентификаций — с чувствами, страданиями, конфликтами и патологией пациента нередко приводит к потере терапевтом ощущения собственного равновесия и благополучия. Если пациент находится в подавленном, угнетенном или психотическом состоянии, терапевт переживает некоторые из этих состояний, как свои, что подвергает серьезному испытанию его чувство самооценки. “Многочасовые встречи с психотическими пациентами”,— пишут Мальцбергер и Буйе (1969) — “оказывают гнетущее влияние на его (терапевта) защитные механизмы, и, наконец, наступает момент, когда его собственные сексуальные или агрессивные импульсы фактически прорываются к сознанию... Такая ситуация может привести к появлению у терапевта чувства вины и отторжения пациента” (р. 70).

Терапевту приходится терпеть унизительные замечания пациентов по поводу своей профессиональной компетентности, не прибегая к общепринятым методам самозащиты. Терапевт старается выдержать критику пациента и использовать ее для понимания пациента. В тех случаях, когда практикант не достигает успеха в своих попытках использовать в терапевтической ситуации интуицию или саморефлексию вместо контратаки или отступления, он воспринимает ситуацию как крушение его здорового нарциссизма.

Чувство собственного достоинства сохраняется в течение всей жизни благодаря положительной оценке, которую дают человеку небезразличные для него люди. Способность строить отношения с теми, кто поддерживает в нас ощущение благополучия, необходима для сохранения способности к самооценке. Зависимость от проявлений уважения другими людьми чревата ранимостью, в случае негативного отношения, и беспокойством по поводу того, что данное лицо становится объектом оценки и анализа окружающих. При всей своей универсальности перенос приобретает особенно напряженный характер в супервизорской ситуации, поскольку учащийся регулярно встречается с опытным преподавателем и ведет с ним профессиональный диалог. Многие начинающие практиканты сообщают о чувстве

беспокойства, которое они испытывают, подвергаясь “анализу”, “исследованию”, “диагностированию” со стороны супервизоров, посвятивших большую часть своей жизни исследованию психики других лиц. Регулярные встречи со специалистом, который разбирается в людях, создают не только благоприятную атмосферу для учебы, но и опасность проявить сокровенные мысли и чувства. Супервизорская ситуация носит дружеский характер, однако четкие рамки отсутствуют в ней до тех пор, пока супервизор и практикант не достигнут согласия по этому поводу. Супервизор и практикант могут открыто обсуждать правила проведения супервизорского диалога, нередко оставляя их несформулированными. В результате это приводит к тому, что рамки диалога остаются неопределенными. Такая ситуация может вызвать у практиканта ощущение уязвимости, поскольку остается неясным, сохранит супервизор интерес к пациенту или заинтересуется переживаниями практиканта. Если произойдет последнее, тогда практиканта будет волновать вопрос, каким образом и в какой мере будет проявляться интерес супервизора? Сможет ли практикант ограничить сферу супервизорских расспросов, если испытает чувство дискомфорта? Опасность вмешательства в личную жизнь — еще одна особенность супервизии. Чувства и фантазии, в частности плотника,— его личное дело до тех пор, пока он успешно выполняет свою работу. В случае практиканта гарантии невмешательства в его личную жизнь отсутствуют.

Люди, стремящиеся посвятить свою жизнь исследованиям в области психотерапии, проявляют интерес к собственным переживаниям и пытаются осознать свои бессознательные конфликты и возможности. Они признают пригодность такого подхода для своей работы. У стажеров отсутствуют некоторые, необходимые в психотерапии механизмы защиты от самоуглубления, которые существуют у опытных специалистов. Например, в предпринимательской и судебной практике агрессивность, конкурентоспособность и стремление к власти реализуются во внешней реальности, отвлекая внимание таких людей от внутренних переживаний.

Если практиканты обладают защитными средствами, в ситуации психотерапевтического обучения допускается использование саморефлексии, обеспечивающей возможность преодоления чувств вины, беспокойства и стыда. В формировании самооценки учащегося играет значительную роль ряд "внутренних факторов: давление супер-эго, сравнение самооценки с образом идеального эго и интернализированные само- и объектные представления. Супервизорский процесс не предусматривает исследование этих особенностей психической деятельности практиканта, но супервизор обращает внимание на проявление данных факторов в клинической работе и на супервизиях и вправе осуществить свое вмешательство. Например, один практикант (первый год психиатрической практики) тщетно пытался выполнить требования, предъявляемые к специалисту, работающему на стационарном отделении с пациентами, страдающими психозами. Его беспокойство и повышенное чувство ответственности за страдания пациента (в том числе и те страдания, избавить от которых пациента не может никто) были вызваны, в частности, его отношениями с одним из членов семьи пациента, перед которым терапевт испытывал чувство вины, поскольку не мог оказать пациенту эффективную помощь. В процессе обсуждения семейной ситуации супервизор отметил, что отношение практиканта к пациенту, вероятно, вызвало у него чрезмерное чувство ответственности и вины, характерными для его работы с психотическими пациентами в целом. Учитывая такой подход практиканта к работе, супервизор счел нужным осуществить вмешательство для того, чтобы привести в норму чувство долга практиканта. Внутренние конфликты практиканта подробно не рассматривались, Практикант оценил деликатность супервизора и хорошо воспринял его замечание в первую очередь потому, что оно не сопровождалось анализом и оценкой. Супервизор стремился лишь успокоить и смягчить чрезмерные экспектации терапевта в отношении себя.

Идеалы эго поощряют развитие, учебу и стремление к мастерству. Разрыв между эго-идеалом

индивида и его представлением о своей реальной самости и достигнутых результатах подвергает серьезному испытанию чувство самооценки. Как указывал еще Уильям Джеймс, уровень самоуважения равен успеху, поделенному на уровень притязаний (Modell, 1993, p. 34). Моделл придает особое значение мнению Фрейда о том, что "человек любит себя в той мере, в какой он успешно приближается к идеалу своего эго. В силу невозможности конечного достижения эго-идеала некоторые индивиды стремятся поддерживать чувство собственного достоинства путем идентификации с другой, идеализированной личностью" (p. 112). Иногда супервизируемый оказывается вдохновляемым супервизором на идентификацию с некоторыми способами мышления и поведения последнего, что может культивировать кризис самоуважения. Возникает болезненное понимание того, что подражать более опытному мастеру можно, а вот обойти стороной медленный, трудоемкий процесс развития своего мастерства нельзя. Способность терапевта вынести связанное с этим неизбежное разочарование в значительной степени влияет и на его самооценку.

Моделл (1993) отмечает: "В любви и учебе человек предоставляет свою самость в распоряжение другого. Но обучаясь подобному предоставлению, человек в действительности не включает полученные сведения в свою самость, а лишь подражает другой личности. Особенности самости человека должны проникнуть в приобретаемые знания, чтобы человек смог перевести их на свой язык. Только таким образом подобные знания смогут стать собственностью данного человека" (p. 118). Контакт самости с тем или иным знанием и с преподавателем связан с опасностью вмешательства в личную жизнь, устраняемой путем имитационной самоотдачи. Нарциссическое равновесие и способность к самоуважению тесно переплетены с саморепрезентациями (Jacobson, 1964). Эгоистические и самокритические чувства сочетаются с объектными представлениями любящих и ценящих или враждебных и критических личностей. Степень интеграции этих чувств и представлений, достигнутая практикантом, оказывает влияние на его способность выдерживать критику пациентов, коллег и супервизоров, сохраняя устойчивую самооценку. Одна практикантка (второй год клинической практики) испытывала на супервизорских сессиях острое чувство дискомфорта, замешательства и неадекватности. В то же время супервизор, уважаемый пожилой мужчина, ей очень нравился, и она чувствовала, что многому научилась у него. Размышляя о характере их диалога, вызвавшего появление этих чувств, она признала, что, несмотря на отсутствие критики, супервизор вел себя очень сдержанно, подолгу оставаясь задумчивым и молчаливым, и не проявлял особого энтузиазма по поводу ее работы. Она поняла, что одним из факторов, вызвавших у нее замешательство, была неосведомленность о том, как супервизор ее оценивает. Такая ситуация вступила в резонанс с некоторыми чертами ее прежних отношений с отцом, который относился к ней нежно. Болезненное отношение отца к своей агрессивности блокировало внешние проявления порицания и раздражения. Сдержанная манера поведения супервизора способствовала возникновению переноса, отсутствие обратной связи при котором активизировало объектное представление о сдержанном, но критически настроенном отце.

Существует еще один фактор, влияющий на уровень самооценки, который связан с динамикой импульсов и аффектов, возникающих в процессе клинической работы. В частности, агрессивные, враждебные, и критические чувства непременно входят в процесс практического обучения психотерапевта. "Формирование навыков управления аффективными состояниями ... сопровождается особенно выраженной стабилизацией самооценки и увеличением устойчивости в регулировании последней" —отмечает Мак (1983, p. 24). Напротив, ощущение непроизвольности импульсов и чувств приводит к понижению уровня положительной самооценки практиканта. Опытные терапевты понимают, что способность воспринимать разнообразные фантазии и побуждения может помогать в работе. Способность к самоуглублению во многом определяет профессиональную пригодность и самооценку. В случае неопытного терапевта, борьба с нежелательными побуждениями и

аффектами нередко приводит к противоположному результату, оставляя у практиканта чувство стыда и вины по поводу сексуальных чувств, враждебности, снисходительности, скуки, отвращения и т. п.

В своей работе практикант неизбежно сталкивается с ситуациями, представляющими собой серьезное испытание для его самооценки. В связи с этим важно учитывать роль супервизора, который может помочь преодолеть эти проблемы или, наоборот, их усугубить. Преувеличенно критическое отношение или снисходительность, болезненное любопытство или пассивное отношение супервизора к практиканту и его работе может повлиять на состояние ранимого практиканта. Стремясь сохранить свой авторитет и власть над практикантом, супервизор нередко поощряет у него угодливость или усугубляет разногласия, усиливая тем самым и беспокойство практиканта по поводу самооценки. Нередко супервизор не обращает внимание на потребность учащегося в одобрении, оставляя у него чувство неуверенности в своей компетентности и результатах работы.

Сохранить высокую самооценку практиканту помогает чувство принадлежности к группе. “Ощущение связи с кем-то или чем-то большим, чем ты сам, остается важным фактором поддержания высокой самооценки на протяжении всей жизни” (Mack, 1983. p. 18). В процессе обучения стремление к сопричастности удовлетворяется благодаря возможности стать членом большей группы, в частности, клиники, коллектива коллег, группы терапевтов, занятых проблемами лечения определенного заболевания и т. д. Существует много опасностей, угрожающих существованию этого источника самоуважения. Учащийся может бояться, что его участие в терапевтической программе может прерваться или он сомневается в своей способности стать терапевтом. Беспокойство угрожает его чувству принадлежности к группе. Доказательством тому служит следующий пример: аналитик-практикант решил оценить степень необходимости приема антидепрессанта для пациента, страдающего хронической дисфорией. Он полагал, что положение пациента не оставляет другого выбора. В процессе психоанализа, однако, проблема депрессии с учетом динамических факторов была расценена как средство защиты от беспокойства, а следовательно — как агрессивность, обращенная к самому себе. Практикант испытал незначительный дискомфорт в связи с необходимостью обсудить с супервизором вопрос о применении лекарства. Подобная утрата душевного равновесия носила мимолетный характер, однако беспокойство о том, что его приверженность аналитическому подходу может быть взята супервизором под вопрос, мешало обучению. А это в свою очередь привело к сомнению, придерживается ли он аналитической позиции, сомнению, которое поколебало его чувство профессиональной полноценности. Теоретические разногласия нередко сопровождаются вопросами, связанными с принадлежностью к определенной группе.

Стыд и откровенность

Терапевт не может говорить о своей работе, не обнаруживая свои личные чувства, например, при обсуждении реакции контрпереноса или эмоций, которые возникают у него во время обучения с пациентом. Практиканты отличаются друг от друга по степени нарциссической ранимости и стыдливости, а также по способу выражения чувства стыда и защиты от данного чувства. Кроме того, существуют различия в степени откровенности практикантов. Одни учащиеся бывают самоуверенными, а другие стыдливыми, но и те и другие могут чувствовать себя униженными и беспомощными. Способ преодоления подобных состояний оказывает влияние на уровень самооценки и процесс профессионального совершенствования практиканта.

Например, в начале психиатрической ординатуры перспектива индивидуальных супервизий вызвала беспокойство у доктора А. Она специализировалась в другой области

медицины, работа ее не подвергалась супервизий. Перспектива продолжительных личных бесед со старшими коллегами вносила приятное разнообразие в ее работу. Она встретилась с супервизором, который сказал ей: “Заходите ко мне в любое время, когда у вас возникнут трудности в работе с пациентами”. На следующий день, после бессонного ночного дежурства ей предстояло вести прием пациентов до 7 часов вечера. Доктор А. сообщила супервизору, что необходимость выполнять всю эту работу вызывала у нее чувства изнеможения, огорчения, беспокойства, а пациенты раздражали ее. Супервизор сказал: “Давайте подробней обсудим ваше чувство раздражения”. У доктора А. сложилось впечатление, что ее обманули, оскорбили и “превратили в пациентку”. Ощущение обманутых ожиданий оказало на нее сильное негативное воздействие. Ей казалось, что ее критикуют за чувство раздражения, а ее эмоциональная реакция была воспринята как нечто подлежащее анализу, сопровождающему, как правило, курс лечения. Возможно, супервизор решил, что чувство раздражения, испытанное доктором А., необходимо обсудить в целях оказания ей помощи в преодолении трудностей ординаторской практики. Однако формулировка данного предложения и время, выбранное для него, оскорбили практикантку.

На следующий год доктор А. проходила практику в государственной больнице. Она лечила мужчину с шизоидно-аффективным расстройством, в истории болезни которого упоминались эксцентричный психоз и опасное поведение. Она считала его “невыносимым”. Доктор А. сообщила супервизору, что один из ее родственников был психически больным человеком. Обсуждая с доктором А. результаты лечения пациента, супервизор отметил, что энтузиазм доктора А. “не имеет отношения к данному пациенту, а связан с вами. Существование родственника-шизофреника заставило вас фантазировать о необходимости спасти данного пациента. Вы должны сообщить ему, что у вас есть родственник-шизофреник, и Вы сделали для него более чем достаточно”. Это замечание вызвало у доктора А. чувства вины, смятения и беспомощности. Впоследствии доктор А. говорила, что в тот момент она “замкнулась в себе” и “отгородилась от мира стенами”.

Доктор А. пережила неожиданные и неприятные вмешательства в свой внутренний мир. У нее сложилось впечатление, что с ней обращаются, как с пациенткой, подвергают ее чувства анализу и интерпретации. Остается неясным, что имели в виду супервизоры. Разумеется личная жизнь, образование и чувства доктора А. непосредственно относились и к ее клинической работе. Правильный способ включения таких аспектов в супервизорский диалог может обогатить учебный процесс. Испытанные ординатором чувства контрпереноса оказывают влияние на отношение к пациенту и связанные с ним ожидания. Такие чувства относятся к числу тех факторов, которые рассматриваются на супервизорских консультациях, где разбираются вопросы стиля и режима работы, безопасности и учебного альянса. Доктор А. воспринимала обсуждение подобных вопросов как наиболее для нее болезненное, поскольку вспоминала именно вышеприведенные эпизоды, случившиеся у нее за три года практики. Этот пример показывает, что утрата чувства защищенности в личной жизни и критика супервизора во многом ответственны за испытанное ординатором чувство беспокойства в ситуации обучения.

Разумеется, на супервизиях можно обсуждать сведения личного характера, если они не вызывают у практиканта чувство стыда. Супервизор может поощрять саморефлексию и любые открытия супервизируемого относительно самого себя, любые мысли и чувства личного характера, способствующие обучению. В течение некоторого времени доктор А. занимала на супервизиях “оборонительную” позицию. Благодаря деликатности супервизора она стала более открытой. Доктор А. лечила пациентку, которая харкала кровью, но скрывала это от врачей и семьи. Поведение пациентки огорчило и рассердило доктора А. Супервизор высказал предположение, что здесь, по-видимому, следует обратить внимание на такую реакцию. У нее сложились хорошие отношения с супервизором, и она знала, что ее не будут критиковать, “анализировать” и просить сообщить о себе больше, чем она считает нужным.

Чувствуя себя в безопасности, доктор А. рассказала, что ее близкая родственница умерла от рака. В течение нескольких лет она знала о своем кровотечении, но скрывала этот симптом от доктора А. и других родственников. Признав существование связи между данным опытом и случаем упомянутой пациентки, доктор А. осознала свой контрперенос, связанный со стремлением пациентки уклониться от постановки медицинского диагноза, что и вызвало у терапевта раздражение. Она осознала необходимость и полезность обсуждения таких вопросов на супервизорских консультациях. Чувство безопасности определялось сознанием того, что супервизор не заставляет ее сообщать о себе больше, чем она хочет. Супервизор деликатно затронул достаточно простой вопрос, оставив за доктором А. право на выбор необходимого ответа.

Ответные реакции супервизируемого на ситуации, угрожающие положительной самооценке

Стремясь преодолеть нарцистические опасности, терапевт использует в процессе обучения все средства защиты: вытеснение, интеллектуализацию, экстернализацию, отвержение, искажение, избегание и т. д. Чувства стыда и несостоятельности преодолеваются с помощью компенсаторных переживаний собственного могущества; мучительное чувство беспомощности можно преодолеть, прибегнув к фантазиям по поводу безграничной власти над своими пациентами. Практикант начинает полагаться на свои еще не вполне зрелые силы, пренебрегая мнением своих преподавателей и фантазируя об отсутствующем мастерстве.

Неприятие психотерапии в целом нередко отражает скрытое ощущение несостоятельности. Терапевт (второй год практики в больнице с учебным центром) приступила к амбулаторной терапии. С некоторым раздражением она рассказала о пациенте, который обругал ее за обсуждение неоплаченного медицинского счета. Терапевт заявила супервизору, что не понимает, зачем пациенту рассказывать о своей жизни и чувствах постороннему человеку (терапевту). Она сказала, что если пациенты будут и впредь относиться к ней подобным образом, то она оставит психотерапию. Супервизор применил дидактический метод, объяснив, что терапевтам приходится сносить самые различные оскорбления от пациентов, в этом и заключается специфика психотерапии. Он сказал, что учебный процесс предусматривает ознакомление с приемами реагирования на такие ситуации. Супервизор дал конкретную рекомендацию по поводу того, как необходимо ответить данному пациенту. Тогда терапевт сказала: “Мне не нравится заниматься тем, что я не могу выполнять правильно”. Таким образом, она сформулировала чувство несостоятельности, бывшее причиной ее высокомерного отношения к данной сфере деятельности.

К сожалению, самооценка терапевта весьма тесно связана с улучшением состояния пациента. Успешное оказание помощи пациентам должно, разумеется, влиять и на профессиональную самооценку. Однако, опытный терапевт (или аналитик) знает, что на исход лечения пациента оказывают влияние многие, независящие от него факторы. Одна из задач практиканта состоит в том, чтобы понять и принять подобный факт. Многие терапевты считают, что плохое состояние пациента отражает их некомпетентность (иногда это действительно так). В таких случаях лечение пациентов оказывается личным делом терапевта. Кризис усуглубляется, когда терапевт осознает, что его сострадание к пациенту было вызвано личными мотивами и нарциссическими амбициями. Для терапевта важно задаваться вопросом, какое значение имеет для него данный пациент, какие привязанности, нарциссические инвестиции заместили проработку собственных конфликтов или инсценировали собственные нерешенные вопросы, оказавшиеся ставкой в лечении данного

пациента?

Терапевту также необходимо проанализировать роль нарциссических факторов в клинической работе и супервизорском процессе. Иногда терапевту приходится защищать собственное самоуважение от множества вышеупомянутых опасностей. Нарциссические элементы могут присутствовать в лечении пациента, в учебном процессе и интеллектуальной деятельности.

Иногда для сохранения высокой самооценки терапевту необходимо, чтобы состояние пациента улучшилось. Порой он мечтает о том, чтобы сам пациент взял на себя ответственность за ход лечения. Опытный терапевт лечил одного человека, который изначально был направлен на лечение по поводу семейных проблем,— пьянство матери доводило его до исступления. В течение двух лет психотерапии пациент активно реагировал на семейные конфликты, но почти не проявлял интереса к более глубокому анализу своих переживаний. Он производил впечатление заторможенного, хотя и одержимого человека, который упорно, успешно, но безрадостно трудился всю свою жизнь, не умея при этом отдыхать и наслаждаться. Он оценивал себя достаточно низко и воспринимал жизнь как ряд обязательств, которые он покорно выполнял, подавляя чувство негодования. Его раздражение проявлялось в виде гнева по отношению к матери, которую он воспринимал как главную причину специфики своего жизневосприятия и поведения. По мере обретения спокойствия пациент стал размышлять о своих отношениях с родственниками, и терапевт решил помочь ему разобраться в своих переживаниях. Признавая значимость данных проблем, в особенности низкой самооценки, неудовлетворенности и беспокойства о том, что он, как и его мать, плохой родитель, пациент скептически относился к возможности изменить что-либо в лучшую сторону. Он утратил ориентацию в терапевтическом процессе и подумывал о прекращении терапии. В то же время он не скрывал своих детских ощущений и однажды с известной долей драматизма и трогательности признался в том, что и теперь иногда чувствует себя маленьким мальчиком.

Терапевту пациент нравился, и он надеялся, что с помощью лечения удастся снять заторможенность и помочь пациенту почувствовать себя свободнее. Стойкость защитных реакций пациента приводила терапевта в отчаяние, и он старался придать его безропотной покорности эго-дистонический (неприемлемый для личности) характер. На том этапе, когда пациент обдумывал возможность прекращения лечения, терапевт обратился к супервизору за консультацией.

Перед супервизором стоял вопрос, можно ли “превратить” этого человека в пациента, который продолжит лечение и проявит интерес к исследованию своих психологических проблем? Выслушав сообщение о ходе лечения, супервизор понял, что перспектива углубления терапии пугала пациента. Супервизор высказал предположение, что постепенное смягчение его жестких, хотя и удовлетворительно функционирующих механизмов защиты может привести пациента к переоценке своего брака и работы. Вероятно, сейчас он слишком напуган, чтобы осуществить такую переоценку. Кроме того, пациент, возможно, опасался, что потеря контроля над своим гневом может повредить отношениям, от которых он зависел. Мог ли он рисковать всем этим? Супервизор считал, что раз уж после двух лет терапии пациент не пошел на углубление анализа, значит терапевту не следует убеждать его делать это сейчас.

Терапевт испытал разочарование, его терапевтический энтузиазм пошел на спад, но тем не менее он признал справедливость замечаний супервизора. При этом напряжение было снято, и прекратилась конфронтация терапевта с пациентом, вызванная тем, что терапевт настаивал на углублении анализа, а пациент уклонялся от этого. Конфронтацию сменила терпимость к защитным реакциям пациента от беспокойства и терапевт поставил перед собой более скромные терапевтические цели.

Замкнутость терапевта на своем видении пациента поставила под угрозу эмпатию с

пациентом, понимание его защитных реакций и пассивности. Стремление помочь пациенту сочеталось с личной заинтересованностью терапевта в исходе его лечения, которая опережала готовность пациента к таким изменениям. Спад энтузиазма и ориентацию на более ограниченную цель терапевт воспринял как терапевтическую неудачу. Супервизор помог терапевту сосредоточиться на рассмотрении тех особенностей пациента, которые вызвали такую ситуацию, и сопоставить эти особенности со своим мнением о том, что безвыходное положение свидетельствует о его терапевтической несостоятельности. Нарцистическая заинтересованность терапевта была перенацелена с его собственного представления о лечении пациента на более глубокое понимание динамики, защитных реакций и возможностей пациента.

В качестве альтернативного подхода супервизор мог бы использовать исследования фрустрации, связанной с контрпереносом терапевта, а также проанализировать роль нетерпения в работе с пациентом. Что же именно позволил бы обнаружить данный подход в упрямстве пациента и его пассивном сопротивлении к углублению терапии? В раздражении терапевта, если бы в процессе супервизии данная реакция была сопоставлена с отношением терапевта к заторможенным людям вообще или рассмотрена в контексте заторможенности самого терапевта? Не слишком ли терапевт идентифицировал себя с пациентом и не предъявлял ли он к нему те же требования, которые предъявлял к своему развитию? Такое исследование позволило бы терапевту углубить свое понимание роли пациента в его восприятии и определить степень взаимодействия между представлениями о собственной личности и пациенте. Однако этот подход подразумевал вероятность вмешательства в личную жизнь терапевта, что могло привести его в известное замешательство.

Терапевтический энтузиазм нередко помогает в клинической работе и учебе. Он может совпадать с ощущением собственного всемогущества, которое компенсирует чувство беспомощности и несостоятельности. “Потребность врача-ординатора реализовать нарциссически ориентированное, идеальное представление о себе может оказаться силой, способствующей или препятствующей профессиональному росту”,— утверждают Мальцбергер и Буйе (1969, р. 69). Ощущение собственного всемогущества нередко проявляется в виде нереальных представлений о своей способности изменить и вылечить пациента и недооценке защитных структур пациента. Стремление к всемогуществу может служить источником значительной фрустрации и нетерпимости и трансформироваться в ощущение беспомощности, опустошенности и разочарования. Супервизор способен распознать эти изменения ощущений и помочь терапевту вынести эти болезненные переживания. При этом он помогает практиканту выработать реалистическое представление о своей ограниченной рамками реальности профессиональной состоятельности.

Однажды на супервизорскую консультацию пришел встревоженный доктор С. Он занимался на ординатуре первый год и уже проработал шесть месяцев. Недавно он взялся за лечение пациента, лежавшего на стационарном Отделении, с целью продолжения терапии в амбулаторных условиях. Доктор С. отнесся к лечению с энтузиазмом, пациент ему понравился, и он считал, что сможет ему помочь. Пациент был в возрасте старше двадцати лет. В связи с банкротством его фирмы и семейным конфликтом у него появилась депрессия и суицидные стремления, в результате чего в течение нескольких месяцев он был трижды госпитализирован. При последнем поступлении пациента в больницу группа врачей стационарного отделения настаивала на том, чтобы пациенту был назначен другой терапевт, а доктор С. (который работал в этом отделении), выполнял функции наблюдающего терапевта. Доктор С. не согласился с этим планом, поскольку он противоречил его намерению самостоятельно лечить пациента, но вынужден был уступить. Чувство обиды обострилось, когда при приближении срока выписки пациента терапевт стационарного отделения (психиатр из социальной службы) договорился о проведении нескольких консультаций для пациента после его выписки из больницы. Доктор С. испытывал тревогу и

раздражение, поскольку по этому поводу с ним никто не посоветовался.

При обсуждении данной ситуации на супервизии доктор С. выразил намерение и уверенность в том, что он может вылечить пациента. Все, что вступало в противоречие с этой целью, воспринималось им с тревогой. Повторная госпитализация пациента после начала амбулаторного лечения стала испытанием для его самооценки. Он стал сомневаться в своей способности вылечить пациента, хотя до этого считал, что сумеет помочь ему. Групповой метод интенсивной терапии в стационарном отделении поставил под сомнение его позицию, а назначение последующих консультаций подействовало на него угнетающе. Доктор С. испытал разочарование и крайнее волнение в связи с тем, что пациент не сумел взять себя в руки, подобно самому доктору С., который смог разрешить личные конфликты, связанные с терапией.

У супервизора было несколько вариантов реагирования на это сообщение. Он мог обратиться к рассмотрению проблемы переноса пациента на доктора С. и поставить вопрос о влиянии переноса на вышеупомянутые события. Не вызвали ли отчаяние пациента и его потребность в "избавителе" у доктора С. ощущение, что он должен прийти на помощь? Супервизор мог обратиться к этому вопросу, применив дидактический метод и рассмотрев динамику и патологию пациента. Супервизор мог непосредственно рассмотреть чувства доктора С., сосредоточившись на вопросах: почему он считает важным вести лечение данного пациента самостоятельно и какое значение для него имели последующие посещения пациента вместе с работником (психиатром) социальной службы. Супервизор чувствовал, что самой важной проблемой были собственные муки доктора С., и поэтому счел необходимым помочь ему в преодолении тягостных переживаний и поспособствовать в том, чтобы взглянуть на клиническую ситуацию с другой точки зрения. Супервизор вспомнил случай из своей частной практики, когда один из его первых пациентов был госпитализирован через несколько недель после того, как он приступил к практике, причем этот пациент был помещен именно в то отделение больницы, в котором он сам недавно проходил практику. Супервизор рассказал о том смятении, которое он испытал, решив, что этот факт обнаружил его профессиональную некомпетентность. Размышляя об этом случае со сдержанностью и юмором, супервизор надеялся дать понять терапевту, что ему не следует принимать эту проблему так близко к сердцу.

Стремление доктора С. самостоятельно вести лечение пациента было рассмотрено с дидактических позиций. Супервизор объяснил, что для ухода за подобными пациентами нередко требуется несколько человек. Хотя стремление самостоятельно вести лечение и является естественным, тем не менее реализовать его часто бывает невозможно. Предположив, что пациент нуждается в помощи, которую врач-ординатор не в состоянии оказать один, супервизор, однако, поддержал мысль о том, что ординатор должен выполнять роль главного врача. В действительности супервизор попытался показать терапевту, что к таким обидам не следует относиться столь болезненно. Ординатор почувствовал некоторое облегчение — он получил подтверждение своей значимости и взглянул на ситуацию со стороны. Возможно, он воспринял высказывания супервизора и как "разрешение" отменить чрезмерные требования к себе и отказаться от единоличной ответственности за данного пациента. Снизилась и его потребность вести борьбу с работниками стационара по поводу планов ухода за больным.

Терапевтический энтузиазм порой приводит к возникновению конфликта между нарциссическими иллюзиями ("Я могу вылечить этого пациента, потому что я установил с ним контакт, я понимаю его, у меня есть мотивация") и тем фактом, что наряду с мастерством терапевта в лечении пациента задействовано множество других факторов. Ощущение угрозы со стороны других врачей ("Кто же в действительности лечит пациента?") связано с нарцистическими чувствами. Чрезмерная идентификация может помешать правильному восприятию возможностей пациента и самой терапии. На супервизиях можно

рассматривать эти проблемы и помогать новичку преодолевать беспокойство, фрустра-цию, разочарование и раздражение, связанные с работой. Самооценку можно сохранить, осмысляя желания. В вышеупомянутом случае супервизорские вмешательства были ориентированы на личные реакции доктора С: аффекты, дух соперничества, сильное желание вылечить пациента, фрустрация и нарцистическая обида. В то же время супервизорские вмешательства носили не исследовательский, а поддерживающий и нормализующий характер. Супервизор не стремился подробно исследовать сведения личного характера. Супервизор мог бы подробно остановиться на раздражении и фрустрации, предоставив доктору С. возможность углубить свое понимание аффектов, вызванных клинической работой, и соотнести свои реакции с динамикой пациента. При проведении личной психотерапии понадобилось бы исследовать природу раздражения и фрустрации ординатора и факторы его жизни, определявшие формирование нарцистической ранимости. В отличие от психотерапии педагогическая ориентация супервизорского процесса иногда помогает смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить терапевту.

Следует упомянуть еще несколько видов реакций на действия, угрожающие самооценке. К ним относятся: уклонение от проявлений сокровенных мыслей и чувств на супервизорских консультациях; защитная агрессивность по отношению к пациентам, супервизорам, коллегам; дух соперничества как компенсация ощущения несостоятельности; депрессивные проявления (Pollak, 1982). Если одни реакции и защитные проявления по отношению к депешам, угрожающим самооценке, можно рассмотреть на супервизиях, то другие — нет.

Опасности, которым подвержена самооценка практиканта в процессе учебы и клинической работы, различные способы, с помощью которых практиканты преодолевают эти опасности и острое чувство стыда и беспокойства, нередко возникающие в процессе проведения супервизий,— все это требует от супервизора ответных действий. Супервизор обязан, распознавать такие проблемы и реагировать на них. В девятой главе мы подробно рассмотрим роль супервизора в решении вопросов самооценки.

Глава 9

САМООЦЕНКА И РОЛЬ СУПЕРВИЗОРА

Каждая супервизорская пара стремится к глубокому взаимопониманию (которое нередко дестабилизирует самооценку пациента, терапевта или супервизора) и старается поддерживать высокую самооценку каждого участника супервизорского диалога. Влияние супервизора на этот процесс может оказаться благотворным или пагубным как для супервизируемого, так и супервизии в целом.

“Во-первых, не навреди”

На супервизорских консультациях как супервизор, так и терапевт сталкиваются с необходимостью поддерживать собственную самооценку. Если супервизор имеет достаточно целостное представление о себе и устойчивые защитные реакции, его нарциссические потребности не мешают учебе и развитию практиканта. Тем не менее неразрешенные нарциссические проблемы супервизора, особенно тенденция поддерживать высокую самооценку за счет практиканта, нередко лишают учебные задачи ясных очертаний и обостряют проблемы сохранения положительной самооценки учащегося.

Как отмечает Флеминг, в случае супервизора и практиканта “ситуации незащищенности и экзаминирования стимулируют проявление ... нарциссических эксгибиционистских форм беспокойства и защитных реакций” (эта цитата приведена в работе Wallerstein, 1981, p. 120). Эти защитные реакции и беспокойство проявляются по-

разному. Шлезингер (1981), например, отмечает свое “желание "отдать"”, вероятно, отчасти коренящееся в неуверенности: действительно ли я могу многое дать, чтобы оправдать свое существование в качестве преподавателя психоанализа. “Давание” также содержит в себе ощущение стремления быть “богатым поставщиком”, оказаться способным “снабдить необходимым” практиканта, который обратился ко мне за помощью, ошеломить практиканта тем, как много я, супервизор, могу предложить ему, внушить ему благоговение... Наряду с защитными реакциями эти потребности обеспечивать, держать в подчинении, производить впечатление, поощрять и обескураживать безусловно оказывают влияние на процесс преподавания, формируют ситуацию обучения и тем самым определяют характер сотрудничества в учебном процессе” (p. 290).

Шлезингер разъясняет, каким образом вызванное множеством факторов стремление “давать” учащемуся нередко включает в себя искреннее желание помочь наряду со стремлением вызвать у молодежи чувства благоговения и зависти, а также потребность одержать победу над этим стремлением. Авторитарное положение достигается путем принуждения учащегося к признанию правильности мнений супервизора. Доминирование осуществляется и более тонкими методами, например, супервизор может открыто патронировать продвижение практиканта по службе. Благодаря такому покровительству практикант оказывается в долгу перед супервизором.

Поддержание высокой самооценки путем доминирования имеет много граней. Поведение супервизора может стать властным, когда его заинтересованность в применении определенного подхода к лечению оказывается личной. Описывая свой опыт участия в супервизорских консультациях, Шеврин (1981) упоминает о таком супервизорском подходе:

> “На начальном этапе супервизорская тактика должна была поощрять молчание, целесообразную помощь, практически оставляя без внимания интерпретативную работу. В этом отношении придавалось особое значение старой, ошибочной (по мнению Гилла и Муслина) точке зрения на роль интерпретации на начальном этапе анализа. На супервизорских консультациях редко обсуждались различные специальные методы, и подходы к осмыслению материала. Не учитывалось то обстоятельство, что на данном этапе лечения сообщения пациента могут быть просто неясными и трудными для понимания. Фактически признавался только один подход к обсуждению и пониманию данных; любая неясность рассматривалась как непонимание. Разумеется, в расчет никогда не брались исследовательские проблемы — вопросы, которые нуждались в дальнейшем теоретическом или специальном разъяснении. На супервизорских консультациях этот подход укреплял практиканта в убеждении, что он должен выяснить желание супервизора и попытаться его выполнить” (p. 267).

В чем же заключается личная заинтересованность супервизора? Супервизор может быть заинтересован в решении интеллектуальных и аффективных проблем, поскольку при этом — среди прочего — он ощущает, что хорошо выполнил свою работу. Шлезингер полагает, что взаимоотношения с практикантами могут оказаться в центре внимания супервизора, когда он стремится вызвать у последних чувство восхищения. Быть может, он слишком заинтересован в профессиональном росте практиканта, рассматривая это как показатель своей профессиональной компетентности? Возможно, он заинтересован в улучшении состояния пациентов, полагая, что терапевтические успехи подтверждают профессиональную состоятельность практиканта, а следовательно и супервизора? У супервизора могут быть проблемы, связанные с соперничеством, и он может ощущать угрозу со стороны талантливого практиканта, склонного ставить под сомнение формулировки и мнение супервизора. Не занимает ли супервизор покровительственную, женоненавистническую, авторитарную или садистскую позиции? Не способствует ли супервизорская ситуация реализации таких склонностей? Способен ли супервизор терпимо

относиться к возрастающей компетентности и независимости практиканта, не ощущая в этом угрозы себе, а следовательно, не испытывая потребности утверждать свое превосходство? Дюваль (1987), например, полагает, что супервизор должен служить образцом для подражания, в частности для идентификации, но не настаивает и даже не ожидает, что практикант будет придерживаться только этого образца. Он отмечает, что “независимость и решение практиканта не принимать его предложения порой причиняют супервизору нарцистическую обиду, в то время, как последний должен терпимо относиться к подобной реакции ради поддержания независимости практиканта” (pp. 477—478). Не превышает ли супервизор свои полномочия, запугивая практикантов, чтобы добиться благосклонности или сексуальных отношений? Все эти особенности личной заинтересованности супервизора влияют на учебный процесс и в некоторых случаях оказывают деструктивное воздействие на практиканта.

Роли участников супервизорского процесса строго распределены. Один участник обращается за помощью к другому. Преподаватель и учащийся отличаются по опыту и компетентности. Нередко супервизор должен оценивать работу терапевта. Сохранение высокой самооценки в присутствии более авторитетного и компетентного специалиста — серьезная проблема супервизорского процесса. Для того чтобы диалог носил искренний характер, необходимо учитывать значение полномочий и использования таких полномочий. Притворство и защитные реакции могут погубить супервизорские отношения, когда подчеркивается роль супервизора, а уязвимость учащегося недооценивается. Речь идет не столько о неизбежном доминировании, санкционированном самими рамками учебной ситуации, сколько о нюансах манипулирования таким доминированием.

В тех случаях, когда супервизируемый осознает свою подчиненность супервизору, подчас остается неясным, в какой мере каждый участник супервизии способствует возникновению такой ситуации. Описывая свой опыт супервизорской работы с Дювалем, Дик (1987) сообщает, что на начальном этапе она почувствовала, что от нее ожидают преданности своему супервизору. “Если бы у меня были иные привязанности и идентификации, например, если бы я учитывала иные, отличные от “классической теории” подходы, этого бы не потерпела” (р. 459). Хотя она и винила себя за такие чувства, приписывая их невротическому переносу на своего супервизора, тем не менее ни она, ни Дюваль не рассматривали вопрос, в какой мере он (Дюваль) способствовал возникновению этих чувств и в какой мере он (Дюваль) мог бы помочь ей справиться с этими чувствами. В своей книге Дик не останавливается подробно на роли, которую играли в возникновении такой ситуации различия в статусе и половой принадлежности (например, в случае когда неопытная практикантка проходит практику у известного пожилого аналитика). Дик описывает то, как она защищалась от “ощущения уязвимости и смущения” в ответ на предстоявшую возможность публикации материалов ее супервизий. Она воображала, что публикация поможет Дювалю оправиться после серьезной болезни (р. 448). Иными словами, Дик считала, что издательский проект реализуется ради самого Дюваля, а она своей преданностью помогает ему. С точки зрения половых различий эту ситуацию можно рассматривать как пример мужского доминирования и мазохистской рационализированной женской покорности, хотя мы и не располагаем достаточной информацией для утверждения, что дело обстояло именно так.

Благотворное воздействие супервизора

Неразрешенные конфликты супервизора, его нарцистические потребности и нецелесообразное использование своего статуса могут задержать развитие процесса обучения и снизить самооценку практиканта. В то же время супервизор способен помочь учащемуся в

решении проблем, связанных с самооценкой. Мы начали восьмую главу, указав на существование проблемы неизбежного конфликта между любознательностью и стремлением супервизируемого углубить понимание, с одной стороны, и нарцистической ранимостью последнего, с другой. В данном разделе мы рассмотрим то, каким образом супервизор может более адекватно реагировать на такие проявления в смысле поиска благотворного равновесия между искренним стремлением к психотерапевтической истине и поддержанием положительной самооценки у супервизируемого. Супервизор может по-разному узнавать о ранимости своего учащегося. Один терапевт, например, изложил свои рабочие материалы, проявляя при этом беспокойство и тревогу. Его мимика и интонации свидетельствовали о том, что он постоянно сомневается в правильности своего понимания, выбранной методики и способности помочь пациентам. Супервизор не мог не обратить на это внимания. Другой практикант проявлял высокомерие, был самоуверен и безапелляционен. То, что скрывалось за таким поведением стало понятно только тогда, когда практикант объяснил своему супервизору, что на протяжении многих лет он стремился преодолеть глубокое чувство неуверенности в себе. За "воинственной" позицией по отношению к пациентам и супервизору нередко скрывается мучительное чувство несостоятельности. Разумеется, эти примеры еще не дают оснований полагать, что супервизор должен интерпретировать поведение практиканта с целью выявить лежащие в его основе нарцистические проблемы. Напротив, последние свидетельствуют о том, что супервизор должен быть готов к встрече с ними в самых разных проявлениях. Наблюдение за тем, каким образом учащиеся решают нарцистические проблемы в процессе обучения и каким образом применяемые ими методы решения этих проблем помогают или мешают учащимся адекватно воспринимать учебный процесс — одна из особенностей оценки учебного процесса.

Среди супервизорских задач важной является поддержка атмосферы доверия в процессе обучения. Супервизия должна позволять практиканту открыто размышлять, высказывать предположения, задавать любые вопросы независимо от степени их важности и обсуждать свои переживания, в той мере, в какой практикант считает нужным, не испытывая страх перед критикой, унижением или шантажом. В рамках обучения учащийся должен иметь возможность выражать инстинктивные реакции на пациентов, обсуждать проблему контрпереноса, высказывать свои сомнения и делиться своими ассоциациями и догадками. Проводя значительную часть своей профессиональной деятельности в поисках скрытого значения очевидного содержания, супервизор должен учитывать педагогический контекст супервизий, который отличается от терапевтического контекста, и адекватно реагировать на откровенные сообщения. Возможность появления у супервизируемого чувства стыда возрастает, когда непонятно, откровенен ли он или нет или когда практикант считает себя вправе не сообщать сведения личного характера. Практикант может отклонить любые попытки выяснения чего-либо приватного. Тем не менее, перенос, беспокойство и авторитет супервизора нередко заставляют практиканта, выполняя какое-либо мнимое или реальное требование, сообщать о сокровенных мыслях и чувствах.

Супервизор может оказать значительную поддержку практиканту, используя разнообразные подходы. Мальцбергер и Буйе (1969) описывают применяемые в супервизий методы поддержки, обеспечения и поощрения. Методы поддержки помогают терапевту вести терапевтический процесс, обеспечивают ему возможность обсуждать свои впечатления от пациентов. Обеспечение как метод предусматривает проведение прямого разговора с терапевтом, который помогает ему эффективно работать с пациентами, знакомит с опытом супервизора. Методы поощрения подразумевают уважительное отношение к деятельности практиканта со стороны супервизора и стимулирование самостоятельной работы стажера. Описывая проведение супервизорских консультаций работников социальной сферы, Розенблатт и Майер (1975) упоминают различные "предосудительные" супервизорские методы, в том числе и методы, не обеспечивающие поощрение". Самооценку практиканта

можно поддерживать путем проявления эмпатического интереса к его опыту терапевтической практики, признания его компетентности и одаренности, выражения похвалы и восхищения его достижениями, поощрения его стремления к профессиональному мастерству, особенно в моменты сомнений и разочарований. Наряду с этим предусматривается поощрение защитных реакций учащегося. Контекст обучения способствует созданию познавательных и дидактических средств, обеспечивающих интеллектуальную защиту, которая помогает практиканту адаптироваться к собственным аффектам или состояниям тревоги (беспокойства).

Дополнительной поддерживающей функцией образовательного контекста супервизии является нормализация переживаний учащегося. Начинающие терапевты нередко замечают, что их реакции на пациентов (гнев, отчаяние, страх, половое возбуждение, беспомощность, отвращение, любовь и т. д.) отражают их личностные черты и выявляют их влечения, ценности, противоречия, неврозы и негативные качества. Умение супервизора обсуждать такие реакции, вспоминать в этой связи аналогичные реакции, имевшие место в собственной практике, компенсирует психический дискомфорт терапевта. При неправильном или чересчур длительном применении этот подход может помешать терапевту анализировать значение своих реакций и контрпереносов.

Создание атмосферы доверия в процессе обучения включает в себя оказание помощи практиканту в выработке терпимого отношения к аффектам, чувствам неуверенности и беспомощности. Ординатор, проходивший практику на психиатрическом амбулаторном отделении, проводил лечение женщины, которая, как и ее супруг, стремилась преодолеть суицидные стремления. Ее супруг работал в исследовательской лаборатории и принес домой ампулу цианистого калия на тот случай, если он решит совершить самоубийство. Но для того чтобы избежать “немотивированного” самоубийства, он передал ампулу на “хранение” жене, хотя знал и о ее суицидных тенденциях. Женщину охватила паника, она, в свою очередь, принесла ампулу “для хранения” своему терапевту. Ее чрезвычайно тревожили собственные суицидные побуждения. Кроме того, ее смутили намерения мужа, проявившиеся в его действиях. Почувствовав опасность реализации суицидных побуждений, терапевт решил срочно обсудить ситуацию с кем-нибудь еще, получить совет и избавиться от смертоносного химического препарата. Он быстро отыскал супервизора, обрисовал ситуацию, определил необходимые действия для обеспечения безопасности пациентки и решил передать цианид в больничную аптеку. Супервизор помог ординатору составить план клинических действий, оказал помощь в корректировании дальнейших действий и в какой-то мере успокоил его. Более того, невозмутимость супервизора (которую необходимо проявлять в таких чрезвычайных обстоятельствах) успокоила ординатора, который сумел вернуться к рассмотрению кризисного положения пациентки.

Супервизор мог бы вместе с ординатором рассмотреть вопрос: почему ситуация вызвала у него столь сильное беспокойство? Беспокойство ординатора, возможно, свидетельствовало о его неуверенности в своих силах, которую лучше всего исследовать при проведении личной терапии или анализа. Возможно также, что беспокойство ординатора свидетельствовало о чрезмерной идентификации с пациенткой, которая затруднила принятие окончательного решения по поводу дальнейших клинических действий. Обсуждение чувств помогло бы ординатору понять свои реакции, хотя у него и могло возникнуть впечатление, что его критикуют за слишком острое реагирование. Наряду с этим супервизор мог бы рассмотреть значение действий пациентки. Возможно, она передавала ординатору не только цианид (и свой страх), но и пыталась сообщить об убийстве, которое вероятно бессознательно “планировал” ее муж. Возможно, похожие чувства испытывала и она по отношению к мужу или терапевту. В данном случае супервизор ощутил остроту беспокойства ординатора и необходимость в принятии оперативного решения. Он остановил свой выбор на дидактическом вмешательстве, которое привело к быстрому принятию решения, устранило

беспокойство ординатора и способствовало составлению реального плана действий. Супервизор осуществляет поддерживающие, нормализующие и сдерживающие вмешательства с целью создания в процессе обучения атмосферы доверия. Наряду с этим супервизор помогает учащемуся справиться с нападками на его чувство собственного достоинства с помощью дистанцирования и побуждения взглянуть на свой опыт по-иному. Действительно, основная задача супервизии состоит в обучении практиканта смотреть на проблему по новому. Проблемы пациента, возможности терапевта, требования к терапии и другие факторы нуждаются в переоценке. Представления терапевта о пациенте, о себе и терапевтическом процессе зависят от его желаний, страхов, фантазий и бессознательных конфликтов. Супервизию можно рассматривать как пространство, в котором супервизируемый и супервизор совместными усилиями осуществляют построение новых способов упорядочения впечатлений от терапии. Этот процесс осуществляется по двум направлениям: познавательном и аффективном. Возможности решать клинический нарцистический кризис показаны на следующем примере.

Доктор Е. второй год проходил практику на психиатрическом стационарном отделении и приступил к работе с мистером 3., которому было 33 года. Мистер 3. был помещен на стационарное отделение в связи с обострением депрессии и побуждений к убийству (своего амбулаторного терапевта и других лиц) и самоубийству. Мистер 3. страдал от низкой самооценки, болезненного ощущения греховности и затянувшейся борьбы с чувствами гнева и беспокойства. Кризис выявился после достижения профессионального успеха. Мистер 3. был привлекателен и энергичен, но страдал от изолированности и внутренних противоречий. Влияние матери унижало его, отец относился к нему равнодушно. На стационарном отделении мистер 3. вступал в конфликты с медработниками, желая, чтобы они не ограничивали свободу его передвижений и относился к ним недоверчиво.

Кризис возник, когда случай мистера 3. стал предметом обсуждения на учебной консультации, но мистер 3. отказался в ней участвовать. Группа лечащих врачей решила провести консультацию без его участия. Мистер 3. возражал против этого, настаивал на отмене консультации, угрожая судебным преследованием. Доктор Е. испугался и не знал, как поступить. Он сознавал, что консультация оскорбляла мистера 3. Доктор Е. полагал, что проведение консультации поставит под угрозу возможность сотрудничества с пациентом и может ускорить вспышку агрессии или привести к бегству пациента. Он признавал, что пациент ощущает свое бессилие, хочет взять все в свои руки и не желает обнаруживать собственные сокровенные чувства. С другой стороны, приступы гнева, которым был подвержен мистер 3., пугали терапевта и других врачей, поэтому необходимо было как-то противостоять таким проявлениям. Доктор Е. опасался, что отмена консультации приведет к сохранению существующего положения, таящего в себе две опасности. Во-первых, пациент расценит отмену консультации как признание его способности вызывать у окружающих чувство ужаса. Во-вторых, доктор Е. осознает, что он слабый, некомпетентный терапевт. Если дать отпор пациенту, тогда мистер 3. почувствует, что его сдерживают в проявлении чувств и существует лицо, контролирующее ситуацию. Если позволить приступам гнева мистера 3. определять ход событий, тогда будет упущена возможность исследовать ключевую проблему, а сама терапия даст сбой. Доктор Е. не хотел вызвать гнев пациента, но считал, что должен выдержать его ярость ради дальнейшего психического развития пациента и сохранения уважения к себе. Положение осложнялось тем, что группа лечащих врачей настаивала на проведении консультации.

В такой обстановке доктор Е. обратился к своему супервизору за помощью. Супервизор посоветовал ему отменить консультацию, поскольку пациент испытывал тревогу и беспокойство в связи с тем, что его контролируют и унижают. Он отметил, что со временем появится множество других возможностей для решения возникших проблем. Доктор Е. почувствовал огромное облегчение и договорился с главврачом об отмене консультации.

Тогда мистер З. стал с удвоенной энергией вступать в конфликты с медперсоналом, предоставив тем самым возможность рассмотреть эти проблемы. Кроме того, он узнал много нового о природе своего гнева. Он гордился тем, что узнал о новых возможностях разрешения конфликтов и особенно радовался сообщению об отмене консультации из-за его страданий, а не из-за угроз. Мистер З. и доктор Е. узнали нечто новое о разрешении конфликтов и рассмотрели происшествие с новой точки зрения.
Супервизор не был непосредственным участником событий. Он помог ординатору дистанцироваться от ситуации, изменить перспективу ее рассмотрения и найти способ решения конфликта, который позволил пациенту сохранить ощущение независимости, а терапевту — чувство собственного достоинства. Супервизор позволил ему снизить уровень требований супер-эго, не роняя при этом своего достоинства. В конфликте между ординатором и лечащими врачами супервизор стал союзником и защитником ординатора. Когда доктор Е. бился над решением проблем своей профессиональной компетентности, его переживания, по-видимому, в определенной мере усилились из-за проекции противоречивых чувств, испытываемых мистером З. Супервизор помог ординатору рассмотреть эту ситуацию как информацию о пациенте, и тем самым углубить клиническое понимание и поддержать самооценку. Для пациента решался вопрос о его способности продолжать лечение. Ординатор очень остро воспринимал данный конфликт. Супервизорское вмешательство помогло реально взглянуть на проблему. Супервизор сказал: “Этот день такой же, как и многие другие. Жизнь продолжается, лечение продолжается, конфликты пациента сохраняются. Появятся другие возможности для их разрешения”.

Одна из особенностей участия супервизора в сохранении самооценки терапевта состоит в умении помочь последнему дистанцироваться от непосредственных клинических проблем и разобраться, какие же проблемы исходят от пациента, а какие от терапевта. Супервизия помогает сформировать терпимое отношение к ограниченности возможностей практиканта и осуществить переоценку дисфункциональных способов защиты от чувства стыда.

Основным элементом этого является модель, которую дает супервизор для преодоления тех форм беспокойства, которые остаются у терапевта невыявленными и непреодоленными. Супервизор предлагает себя в качестве объекта идентификации, который помогает компенсировать нарцистический дисбаланс в процессе обучения. В вышеупомянутом случае супервизор моделировал адаптацию к требованию пациента, которая не означала ни личную, ни терапевтическую неудачу. Каким бы безысходным ни казалось терапевту положение, всегда существует выход. Возможно, этот выход не единственный, но, тем не менее, он является попыткой сделать все возможное.

Моделирование и достижение новой перспективы предполагают осуществление переориентации нарцистической заинтересованности. Для доктора Е. имело большое значение: сможет ли он быть “сильным” и дать отпор пациенту. Супервизорское вмешательство позволило переориентировать нарцистическую заинтересованность терапевта на ощущение того, что его самооценка зависит от способности понять поведение пациента и работать для достижения терапевтического результата. В более общем виде вопрос формулируется следующим образом: на чем базируется нарцистическая заинтересованность терапевта и на что ее можно переориентировать? Вместо ощущения того, что достоинство личности зависит от “победы”, источником удовлетворенности и высокой самооценки становится умение понять, почему идет “сражение”. Вместо того чтобы гордиться тем, что терапевт никогда не ведет себя глупо (на терапевтических или супервизорских сессиях), он признает ограниченность своего подхода и находит утешение в умении посмеяться над собой. Вместо того чтобы думать о том, что никогда не следует сердиться на пациентов, терапевт чувствует себя способным анализировать и использовать чувство раздражения для понимания проблем пациентов. Нарцистическая компенсация нередко включает в себя

появление ощущения честности, отваги и знания своих сильных и слабых сторон, поскольку в процессе психотерапевтического обучения ценится рефлективное мышление. Такая оценка компенсирует чувства замешательства и стыда вызванные откровенностью. Самым важным, однако, представляется то, что заинтересованнось терапевта необходимо переориентировать с успеха в лечении на умение понимать пациента и с максимальной добросовестностью выполнять терапевтическую работу независимо от результатов лечения пациента.

Мы подчеркивали важность супервизорских вмешательств, поддерживающих высокую самооценку практиканта (создание атмосферы доверия в учебном процессе, непосредственное поощрение и признание, использование новых подходов, переориентация нарцистической заинтересованности), хотя очевидно, что в личной и профессиональной самооценке практикантов большую роль играет достижение мастерства и преодоление проблем в своей работе. Безусловно, супервизорские вмешательства, которые помогают практиканту повысить свой профессиональный уровень, повышают самооценку, даже если это и не входит в сознательные намерения супервизора. Передавая определенный объем знаний, помогая овладевать искусством психотерапии и обеспечивая учащегося необходимыми средствами, супервизор помогает практиканту совершенствовать свое профессиональное мастерство и формировать свою профессиональную индивидуальность. Этот процесс включает в себя оказание терапевту помощи в преодолении конфликтов. Если при проведении психотерапии практиканту мешают торможения, неразрешенные конфликты или дезорганизующие аффекты, приобретение способности преодолевать эти проблемы позволит ему повысить компетентность и самооценку. Хотя супервизорские консультации и не предусматривают проведение терапии практиканта, тем не менее они помогают практиканту разрешать внутренние конфликты по мере их возникновения в клинической работе. Супервизор имеет возможность разъяснять сущность конфликтов, торможения и проблем контрпереноса, которые влияют на ход терапии, и способствовать изменению отношения терапевта к пациентам (Laster and Robertson, 1993). Наряду с вмешательствами, обеспечивающими прямую поддержку, супервизор нередко применяет другие виды вмешательств, поощряющие практиканта эффективно выполнять свою работу, исследовать свои аффекты и чувства пациентов, по новому вести себя в терапевтической ситуации, идти на риск и быть готовым к неопределенностям и болевым переживаниям. Благодаря этому терапевт совершенствует профессиональное мастерство и повышает самооценку.

Когда на супервизиях возникает необходимость решить проблему самооценки, появляется противоречие между образовательными требованиями и нарцистической ранимостью, неизбежно сопровождающей такое обучение. Разумеется, все терапевты знают об этой непременной особенности психотерапии, ведь медицина способна причинять боль и страдания пациентам. Для того чтобы понять себя, признать наличие внутренних конфликтов и улучшить свое состояние, пациент должен научиться выходить из зоны комфорта и безопасности для того, чтобы получить возможность изменить себя. Хотя супервизия и отличается от психотерапии, тем не менее в супервизорской ситуации терапевту также приходится прямо смотреть в глаза неприятным чувствам неуверенности, аффективным реакциям и характерным формам восприимчивости. Каждая супервизия имплицитно вырабатывает динамическое равновесие между необходимой нарцистической неуравновешенностью учебного процесса и поддерживающей высокой самооценкой терапевта (и супервизора). Какое равновесие при этом достигается и каким образом оно достигается? — Ответ на этот вопрос и определяет процесс обучения. Многие авторы (Imber, 1993; Lester and Robertson, 1993) выступили в защиту применения разъяснений и рассудительных интерпретаций как способа привлечения внимания практиканта к особенностям своего собственного терапевтического поведения. Лоунер (1989), например, отводит центральную роль контр-идентификации, применяемой терапевтами, когда терапевтический процесс заходит в тупик. При этом он упоминает бессознательную

динамику,— терапевт нередко осуществляет идентификацию с защитными реакциями пациента, ограничивая тем самым терапевтический процесс. Он утверждает, что эта идентификация нередко присутствует в супервизорском процессе. Для решения терапевтических проблем супервизор должен разъяснять и анализировать идентификации такого рода. Ценность подобного подхода состоит в прямом рассмотрении проблем контрпереноса, мешающих терапевту лечить пациента. Данный подход, однако, способствует усилению беспокойства терапевта и подвергает испытанию его самооценку. Компенсирует ли педагогический успех то испытание, которому подвергаются нарцистические чувства практиканта? Это зависит от сотрудничества участников супервизии и степени доверия, которое определяет данный супервизорский процесс. Ощущение незащищенности, стыда и тревоги может мешать терапевту применять даже самые точные интерпретации.

Хотя мы и выступаем за супервизорское поощрение практиканта, тем не менее злоупотребление этим может привести к тому, что терапевт упустит шанс углубить понимание своих проблем и проблем пациентов. Если терапевт допускает ошибку в лечении, а супервизор, стремясь защитить чувство собственного достоинства терапевта, не обсуждает эту ошибку или обсуждает настолько деликатно, что терапевт не понимает, о чем идет речь, тогда терапевт упускает возможность учиться на своих ошибках. Если терапевт вступает в контрпереноe, испытывает сильные чувства и плохо понимает пациента, тогда "деликатное" поведение супервизора укрепит самооценку учащегося, но во вред обучению. Орнстайн (1968) указывает на ограниченность преувеличенно поощрительного подхода: "Преподаватель нередко ... занимает поощрительную выжидательную позицию, предоставляя практиканту возможность учиться на опыте. Это объясняется тем, что первоначальное беспокойство мешает обучению и поэтому преподавать практически невозможно, пока не утихнет беспокойство" (p. 302). По мнению Орнстайна, поддерживающая пассивность супервизора может пагубно отразиться на обучении, в котором главная роль отводится "процессу открытия, создания метода, с помощью которого достигается уверенность в правильности своего подхода" (p. 305).

В супервизии, обсуждавшейся в седьмой главе, миссис Л., аспирантка, испытывала страх перед внешними (ограбление, изнасилование, гнев отца) и внутренними опасностями (ее собственный гнев и возможность потерять контроль над своими чувствами). В процессе лечения доктору П. не удавалось распознать проблемы пациентки, в частности, из-за ее аффективной дистанцированности. Супервизор доктора П. применил сократический метод, чтобы помочь ей перейти от поощрения к исследованию. Мы вернемся к данному примеру для того, чтобы рассмотреть, каким образом супервизор поспособствовал тому, чтобы практикантка расширила свой терапевтический подход, сочетая учебные задачи с внимательным отношением к собственной самооценке.

Отец миссис Л. был несостоявшимся ученым, требовавшим от домочадцев покоя и тишины, необходимой ему для работы. Ее мать нередко впадала в депрессию, и в детские годы миссис Л. была домохозяйкой. Миссис Л. называла этот период "время синего халата". Миссис Л. плохо питалась в детстве, мечтала стать известной. У нее были проблемы в области интимных отношений. Кроме того, она боялась приступов ярости и страдала ипохондрией. Доктор П. отмечала в сообщениях пациентки "неопределенность" и поэтому не могла составить ясное представление о личности пациентки и выбрать направление для терапии.

Доктор П. хотела применить психодинамическую терапию, но испытывала беспокойство в связи с недостатком опыта. Супервизор считал ее сердечным, заботливым ординатором, имевшим склонность к утешению пациентки. Если пациентка жаловалась на поведение членов семьи, терапевт подтверждала ее слова, не пытаясь выяснить, почему посещение родных оказалось неприятным для нее, чего ожидала от родных пациентка, какие фантазии и чувства связывала она с их посещением. Супервизор заметил, что, стараясь оказать пациентке поддержку, доктор П. опасалась говорить пациентке о том, что могло

усилить ее беспокойство или раздражение. Миссис Л. предостерегла ее от этого, упомянув о своем предыдущем терапевте, который не нравился ей из-за попыток интерпретировать ее сообщения.

Супервизор понял, что с точки зрения обучения задача доктора П. состояла в том, чтобы выйти за пределы утешения и поддержки и глубже понять свою пациентку. Однажды, миссис Л. сказала, что она, вероятно, относится к тому типу людей, которые “грабят почтовые отделения с ружьем в руках”. Доктор П. ответила, что миссис Л. должна позвонить ей, если почувствует потребность причинить боль себе или другому лицу. Супервизор понял, что миссис Л. пыталась сообщить о своем аффективном состоянии, хотя в данный момент не было риска агрессивного поведения или самоубийства. Поэтому он сделал предположение, что реакция доктора П. не позволила основательно исследовать, что стремилась передать миссис Л. с помощью этого яркого образа.

В другом случае миссис Л. описала чувство гнева, которое она испытывала по отношению к своей матери. Она хотела сообщить матери об этом чувстве. Доктор П. встревожилась, полагая, что такой поступок лишит пациентку родительской поддержки, и хотела предостеречь ее. Супервизор сказал доктору П., что такое предостережение будет означать поощрение одного из аспектов амбивалентности миссис Л. (желания быть “хорошей девочкой”, которая ходит по дому на цыпочках, чтобы не вызывать недовольство отца). Другой аспект амбивалентности составляли ее стремление выразить свои чувства и боязнь потерять контроль. Супервизор выдвинул предположение, что миссис Л. ищет возможность выразить свои чувства на терапевтической консультации, и доктору П. необходимо быть готовой к проявлениям гнева своей пациентки, а также позволить пациентке самой решать, что сообщать своей семье. Доктор П. ответила, что гнев пациентки вызывал у нее чувство дискомфорта. Супервизор понял, что предпочтение, которое доктор П. отдавала методу поощрения, связано с чувством дискомфорта возникавшим как реакция на гнев миссис Л. Доктор П. пыталась контролировать ситуацию в ущерб углублению понимания.

В общении доктора П. с пациенткой доминировал метод поощрения, поэтому супервизор решил разъяснить суть такого метода, отметив, что адресованные пациентке замечания доктора П, как правило, носят утешительный характер, и поэтому она упускает возможность получить подробные сведения о пациентке. Супервизорское вмешательство было конкретным и не носило характер общего замечания. К этому вмешательству присоединилось искреннее восхищение заботой, добротой и сердечным отношением терапевта к пациентке. Основательное исследование чувств терапевта (например, конфликтов и торможений, которые могли способствовать применению метода поощрения) не проводилось.

Доктор П. отреагировала на замечания супервизора тем, что приступила к подробным расспросам пациентки о ее чувствах и поведении. Миссис Л. сообщила о своей помолвке, намекнула на двойственное отношение к своему возлюбленному, но отметила, что она не желает “обсуждать мрачные вещи”. Доктор П. указала на важность “обсуждения и хорошего и плохого” и проанализировала все чувства пациентки, связанные с подобным решением. Однако впоследствии доктор П. винила себя за это замечание, особенно за то, что оно вызвало раздражение у пациентки.

Доктор П. и супервизор решили провести трехстороннюю встречу, которая помогла бы им составить более ясное представление о миссис Л. Незадолго до встречи миссис Л. сообщила, что она, вероятно, прекратит свою терапию, поскольку она не готова к обсуждению общих вопросов. Кроме того, приближался срок истечения действия страховки и ей нужно было оплачивать терапию наличными. Тогда супервизор решил, что трехстороннюю встречу можно использовать в качестве консультации.

Во время встречи он заметил, что миссис Л. прилагала усилия для того, чтобы контролировать свои чувства, используя интеллектуализацию и избегая обсуждения своих

конфликтов. Например, описав “ужасное равнодушие” своего жениха и сказав, что он “не доверяет ей”, миссис Л. сообщила, что проблемы с женихом “не имеют существенного значения”. Супервизор отметил, что она, по-видимому, разделяла некоторые из своих чувств, и порекомендовал ей продолжить лечение, поскольку у нее, скорее всего, есть проблемы, решить которые необходимо. При этом супервизор проявил такой подход к пациентке, который разъяснял ее защитное поведение и поощрял рефлективное мышление. Супервизор учитывал, что этот подход может вызвать беспокойство миссис Л. и оказать деструктивное воздействие на ее это.

После этой встречи миссис Л. пришла на очередную терапевтическую консультацию обозленной на супервизора и уверенной, что он намекнул на ее “неспособность чувствовать”. При этом она вспомнила и предыдущего терапевта, которого невзлюбила за интерпретации. Кроме того, она вспомнила отца своего прежнего приятеля, который был психиатром и посоветовал сыну не жениться на ней, потому что она была “слишком интеллектуальной”. Доктор П. отметила, что на этой встрече пациентка проявляла “больше чувств, чем когда-либо прежде”. Она постаралась объяснить миссис Л., что супервизор считает миссис Л. способной, впечатлительной личностью. Миссис Л. признала, что ее реакция на супервизора уходит корнями в прошлое, и у нее все еще существуют проблемы, над которыми необходимо поработать. Теперь она считала, что ей необходимо продолжить лечение. Впоследствии она говорила, что ей не нравились врачи, в том числе и супервизор, потому что они “заставляли ее лечиться”. В то же время она отмечала, что вызванное супервизором раздражение помогло ей “на более глубоком уровне” принять необходимость терапии.

Продолжая применять метод поощрения, доктор П. попыталась установить взаимосвязь между настоящими и предыдущими проблемами миссис Л. и помогла выразить в рамках терапии аффекты, включая гнев и уныние. Когда миссис Л. решила переехать на несколько месяцев в соседний штат, доктор П. подумала, что на этом терапия закончится. Она обрадовалась, когда миссис Л. сообщила о своем намерении продолжать лечение, специально для этого приезжать в этот штат и возобновить еженедельные терапевтические консультации по прошествии нескольких месяцев. Во время перерыва в лечении доктор П. поняла, что установила хорошие терапевтические отношения со своей пациенткой и действительно стала ее терапевтом.

Супервизор похвалил доктора П. за ее подход и в то же время помог ей применить другие методы. В процессе консультации супервизор обсудил и разъяснил стиль работы доктора П., смоделировал подход к беседе с пациенткой (например, во время консультативной встречи) и поощрял доктора на новые терапевтические отношения. Супервизорские вмешательства содержали дидактические элементы (объяснение различий между поддержанием самооценки, защитных проявлений и стремлением углубить понимание) и сократические вопросы. Достигнув более высокого уровня терапевтической результативности, доктор П. укрепила свою самооценку. Ее поддержало решение пациентки продолжить лечение. Для этого ей понадобилось применить новый терапевтический подход, провоцирующий на беспокойство и терапевта, и пациентку.

Если бы с точки зрения обучения стиль работы доктора П. не поддавался изменению, супервизору нужно было бы решить, как действовать дальше. Может быть, необходимо более основательно исследовать чувство дискомфорта, вызванное у терапевта беспокойством пациентки? Возможно, имеет смысл попросить терапевта обратить внимание на свои чувства, возникающие в тот момент, когда он прекращает оказывать поддержку пациентке? Может быть, необходимо проанализировать ее стремление утешить пациентку как предлагаемый источник собственной уверенности в том, что пациентка нуждается именно в утешении? Возможно, стиль ее работы — реакция на враждебное отношение к пациентке?

Хотя не существует гарантии дать правильный ответ, тем не менее каждая супервизорская “пара” находит решение, полезное для обучения и приемлимое для

практиканта. Супервизия, обеспечивающая высокую самооценку пациента, терапевта и супервизора за счет понимания и обучения, оказывает “медвежью услугу” всем участникам. С другой стороны, супервизорский процесс, в котором не учитываются нарцистические проблемы, способствует появлению чувства беспокойства, препятствующее процессу обучения. Для того чтобы практикант доверял супервизору, необходимо понять, что стремление супервизора разобраться в методе, контрпереносе и впечатлительности терапевта проистекает из его честности, а не из авторитарных побуждений или болезненного любопытства. Если практикант сознает, что откровенность на супервизиях — элемент обучения даже в том случае, если она вызывает беспокойство, тогда откровенность себя оправдывает.

Гармоничные отношения определяются наличием в любом супервизорском процессе элемента оценки и критики. В учебных ситуациях — оценка вполне законна. Но практиканта даже во внеучебное время беспокоит, как супервизор оценивает его работу. Супервизор также испытывает волнение, думая о том, что учащийся его тоже оценивает. Супервизоры достигают известности благодаря определенной форме супервизорских занятий, поэтому их не может не беспокоить, как воспринимаются такие занятия. Для того чтобы не превысить свои полномочия, супервизор должен учитывать и контролировать проявления своего нарциссизма, садизма, болезненного любопытства и авторитарных побуждений. Если супервизор испытывает проблемы с агрессивностью, соперничеством и не в состоянии предоставить учащемуся независимость, ему стоит обратить внимание на то, как эти чувства активизируются в супервизорской ситуации. Супервизорские консультации ставят своей целью повышение профессионального уровня терапевта, углубление самопознания и понимания искусства психотерапии, формирование профессиональной индивидуальности и положительной устойчивой самооценки. Правильное отношение супервизора к самооценке учащегося помогает последнему стать психотерапевтом.

Глава 10

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

Хотя заключительному этапу психотерапии и психоанализа посвящено немало работ, тем не менее завершению супервизорского учебного процесса уделялось мало внимания. Способ завершения супервизии способен оказать влияние на результаты обучения. Его можно сравнить с точкой в конце предложения, которая всему придает завершенность. “Дальнейшее — молчанье”,— завершающая фраза Гамлета в конце пьесы, однако, молчание становится значимым, поскольку ему предшествовали надежды, мечты и страхи. Гамлет, Гертруда, Полоний, Офелия и другие герои трагедии продолжают жить в нашей душе и еще долго беседуют с нами после того, как опустится занавес. Мы часто продолжаем оживленные внутренние диалоги с отсутствующими друзьями и врагами, с прежними преподавателями, супервизорами и аналитиками. Расставания — неотъемлемая часть процесса; они никогда не бывают окончательными. В своей работе “Травма рождения” (1929) Ранк утверждает, что аналитическая ситуация олицетворяет внутриутробное состояние, а завершение этой ситуации — новое рождение. Беспокойство пациента по поводу такого завершения, говорит он, служит выражением родовой травмы. Другие авторы отмечают, что аспекты регрессии, присущие терапевтической ситуации, напоминают сон, а ассоциативный материал - сноподобное состояние, из которого пациент должен в конечном счете пробудиться к реальной жизни. Осмыслив таким образом завершение аналитического процесса, мы сможем понять и его сущность. Обучение можно представить как непрерывный процесс осознания и рождения профессиональной и личностной индивидуальности, который завершается

приятным или неприятным расставанием с преподавателем и супервизором.

Окончание супервизий может принести облегчение и предоставить возможность приступить к решению новых задач. Молчание супервизора, завершившего супервизию, может оказаться “прекрасным вестником радости”, как сказал Шекспир в комедии “Много шума из ничего”, возможностью для учащегося услышать свой собственный голос. Слова Канцера об успешном завершении психоанализа применимы и к окончанию супервизорского процесса: “Здесь присутствуют облегчение, радость и жажда новых впечатлений, на которые теперь хватает средств, времени и психологической готовности” (Robinson, 1975; p. 172). Активней эта радость должна проявляться на супервизиях перед завершением всего процесса и смягчать болезненные моменты расставания. Хотя наслаждение от чувства свободы и смягчает тяготы расставания, тем не менее оно в значительной мере обусловлено аналитическими навыками, усвоенными с помощью супервизора, демонстрируемыми терапевтом на заключительном этапе супервизорского процесса. Леваль (1962, р. 484) называет окончание лечения “затянувшимся прощанием”, которое подобно оплакиванию, когда объект любви как бы исчезает, а затем возникает снова, обеспечивая большую свободу. Это утверждение справедливо и для окончания учебного процесса. Супервизор может оставаться объектом продолжительной позитивной идентификации, когда эго учащегося становится вполне независимым. Кроме того, при необходимости к супервизору можно обратиться снова.

Для успешного завершения супервизорского процесса необходимо уделить особое внимание заключительной стадии. На основании нашего опыта мы можем утверждать, что сделать это не всегда удается. Супервизий нередко сокращают или заканчивают по причине возросшего мастерства супервизируемого. Однако, необоснованное прекращение супервизий, лишает учебный опыт дальнейшего совершенствования. Слова Берда (1972) о прекращении лечения применимы и к окончанию супервизий: “Любое послабление на заключительной стадии лечения, например, сокращение числа сессий или необоснованного их прекращения, мешает эффективному разрешению (resolution) переноса. Тем не менее, именно это, как мне кажется, происходит чаще всего на заключительном этапе и поэтому огромное число пациентов теряет возможность воспользоваться преимуществами полной разрядки и навсегда остаются в западне неразрешенного переноса” (р. 287.).

Хотя разрешение переноса и не является целью супервизорского процесса, тем не менее очень важно четко выстроить процесс завершения в контексте обучения и супервизорских взаимоотношений. Первое, что может сделать супервизор для этого,— заранее назначить дату окончания супервизий. Иногда эту дату определяет само учебное заведение. В некоторых психиатрических ординатурах, например, замена супервизоров осуществляется в июле каждого года. В области психологии и социальной работы супервизий часто заканчиваются в одно и то же время в связи с направлением на работу в определенную клинику. В психоанализе супервизий могут продолжаться на протяжении нескольких лет и заканчиваться по желанию пациента. Как бы ни сложилась ситуация, дата окончания консультаций должна быть установлена, как только станет ясно, что супервизорский процесс близится к завершению. Это даст возможность преподавателю и учащемуся своевременно попрощаться друг с другом и позволит преподавателю отметить трудности расставания и помочь учащемуся преодолеть их.

На заключительном этапе действительно возникают проблемы. Например, продолжительное ощущение искренней заинтересованности супервизора может вызвать у практиканта нежелание лишаться обретенного внимания. Фантазия о фигуре защитника, который обеспечит учащегося специальными знаниями, творческой атмосферой и защитит его от ошибок, может исказить реальное представление учащегося о своей способности самостоятельно продолжить работу. Беспокойство по поводу расставания, встречающееся на заключительном этапе супервизорского процесса, нередко является не страхом разлуки с

личностью супервизора, а беспокойством по поводу перспективы лишиться руководства и защиты. Крамер (1986) отмечает: “Если понятие оплакивания и имеет какое-то всеобщее значение ... то только в смысле оплакивания своих несбывшихся детских желаний, так как отречение и печаль приходят после осознания, что мы никогда не сможем обладать тем, к чему мы всегда стремились” (р. 349). Отречение — элемент состояния, которое должен пережить учащийся во время расставания с супервизором. Ему необходимо смириться с ощущением того, что надежды на обретение каких-то особенных свойств в процессе сотрудничества с супервизором не вполне сбылись. Супервизор не в силах разрешить противоречие между тем, к чему всегда стремится учащийся, и задачами обучения. Тем не менее, супервизор может помочь учащемуся понять, каким образом его желание во всем полагаться на супервизора мешает оценить значимость проделанного им самим и поверить в свои силы. Супервизор имеет возможность помочь учащемуся понять, что терапевтическая учеба представляет собой процесс, который длится всю жизнь и не прекращается с завершением определенной супервизии. Мостик в будущее можно перебросить, помогая учащемуся оценить то, чему он научился в супервизии, чему он считает нужным научиться в дальнейшем.

Научный сотрудник проходил практику после защиты докторской диссертации. На одной из супервизии он сообщил, что его мать умерла, когда он был ребенком. Пятилетнее обучение дало незначительные результаты, супервизору казалось, что супервизии не имеют четкого направления и цели. Супервизор пришла к выводу, что она научила практиканта всему, бывшему в ее силах, и поэтому упомянула о возможности прекращения супервизии. Практикант отнесся к этому без энтузиазма. Считая, что на данном этапе он может научиться большему самостоятельно, он, тем не менее, впервые признал, что супервизорские отношения вызывали у него необходимое ощущение безопасности и позволяли чувствовать заботу о себе. Он смог обратиться к обсуждению перспективы прекращения супервизии только тогда, когда открыто сообщил об этих чувствах и установил связь между ними и утратой матери. Супервизор'помогла ему справиться с процессом расставания, заверив, что будет и дальше интересоваться его успехами и всегда рада видеть его на супервизии в дальнейшем. Кроме того, супервизор предоставила практиканту возможность самому назначить дату окончания супервизии.

В связи с этим эпизодом возникает вопрос, почему после столь продолжительной супервизии практикант все еще нуждался в заверении, что супервизор проявляет к нему интерес, а также в приглашении возобновить супервизию, когда он сочтет нужным? Мы не знаем, послужила ли утрата собственной матери причиной его неуверенности или же супервизору не удалось дать понять супервизируему, что он будет и дальше следить за его развитием. Супервизору пришлось столкнуться с деликатной проблемой, возникшей в супервизорском процессе и мешавшей его завершению.

Следующий пример показывает, как неопределенное отношение терапевта к завершению работы с пациенткой и супервизором привело к неудовлетворительному завершению учебного процесса. В течение года супервизор проводил консультации раз в две недели для практиканта психиатрической ординатуры. За это время супервизор стал с уважением относиться к интеллекту практиканта, оценил его увлеченность работой с пациентами, глубокое уважение к ним и открытый подход к учебе. Однако, на супервизиях, практикант держался скованно и сдержанно. Супервизии близились к концу и супервизор высказал предположение, что им понадобится какое-то время, чтобы обдумать проделанную работу. Он не определил время, которого, по его мнению, хватило бы для этого. В дальнейшем разговор данной темы не касался. Во время заключительной встречи терапевт сразу же обратился к обсуждению рабочих записей и рассказал о пациентке, лечение которой он собирался прекратить. На одной из сессий пациентка выглядела подавленной и безразличной. Она сказала ему: “Вы единственный человек, с которым я могу говорить”.

Недавно умерла ее мать, на работе были неприятности. Пациентка чувствовала себя одиноко и поэтому сказала, что поскольку у нее не будет больше возможности беседовать с терапевтом, она хотела бы ему писать. При обсуждении этого эпизода терапевт подчеркнул ухудшение состояние пациентки. Он провел серию тестов, чтобы определить, как сама пациентка оценивает свою депрессию. Тесты подтвердили его клиническое предположение, и он прописал пациентке новый транквилизатор. Супервизор отметил, что практикант не принял в расчет приближающееся окончание терапии, и высказал предположение, что депрессивное состояние пациентки является, отчасти, реакцией на окончание терапии. Он предложил увеличить число встреч с пациенткой с одного до двух раз в неделю, но не был уверен в целесообразности "увеличения нагрузки" незадолго перед окончанием терапии.
Когда оставалось пятнадцать минут до окончания сессии супервизор напомнил практиканту, что это их последняя встреча. Практикант удивился и сказал, что забыл об этом. Супервизор подчеркнул результаты лечения пациентки, достигнутые за эти годы, и отметил, что, несмотря на нынешнюю депрессию, терапия неоднократно ей помогала. Сначала практикант не согласился с тем, что лечение помогло пациентке, но затем признал, что отдельные успехи у нее есть. Супервизор предложил практиканту указать на это пациентке и похвалил его за вдумчивое, уважительное и серьезное отношение к работе, за его стремление понять пациентку и сотрудничать с ней.

Был отмечен официальный, сдержанный стиль межличностной работы практиканта. У пациентки обострилась депрессия, поэтому практикант придал особое значение ее клиническому состоянию, но недооценил такие факторы, как смерть матери и приближение окончания лечения. Его встревожило состояние пациентки, и он задумался о том, как лучше помочь ей, но его решения были ориентированы не на понимание, а на действие — проведение тестов и увеличение числа консультаций. В то же время он не вполне осознал, какое влияние он имел теперь на пациентку. Ему следовало бы рассмотреть все ее симптомы в совокупности. В последние минуты супервизии супервизор постарался помочь практиканту установить более аффективный, эмпатический контакт с пациенткой, обратив внимание на окончание супервизорских консультаций и оценив по достоинству работу практиканта с пациенткой. Несмотря на усилия супервизора, сдержанное поведение практиканта повлияло на завершение как супервизорского, так и терапевтического процессов.

В данном примере поднимается ряд проблем. Существовала ли возможность обсудить потребность практиканта в сдержанности на предыдущих супервизиях? Не слишком ли долго ждал супервизор подходящего момента, принимая во внимание эмоциональную сдержанность практиканта? Мог ли он построить окончание супервизорского процесса иначе, предоставив себе и практиканту больше времени для рассмотрения этих вопросов? Когда стало ясно, что практикант "забыл" о том, что это была последняя супервизорская консультация, не мог ли супервизор попросить его проанализировать значений такой забывчивости? Не свидетельствовало ли стремление практиканта предложить пациентке дополнительные консультации о желании того, чтобы супервизор также предложил бы практиканту несколько дополнительных консультаций, чтобы поработать над окончанием терапевтического и супервизорского процессов? Может быть, супервизору следовало отметить идентификацию практиканта с пациенткой, высказав сомнения по поводу его терапевтической работы, на которой отразилось угнетенное состояние пациентки? В данном случае отказ супервизора от активного рассмотрения этих проблем не позволил оптимально завершить терапию и супервизию. Такое случается нередко. Аналитики, консультирующие практикантов, отметили тенденцию к спаду активности, которая намечается во многих супервизорских процессах после нескольких лет супервизий, а также неудовлетворительное их завершение, когда практикант и супервизор не стремятся как-то облегчить расставание. Оба участника супервизорского процесса объясняют это возросшей независимостью практиканта, но такое расставание не способствует пониманию практикантом того, что

необходимо сделать на заключительном этапе как терапевтического, так и супервизорского процессов.

Некоторые практиканты решают проблему приближающегося расставания с супервизором, уходя первыми: подгадывая отпуск и отменяя назначенные консультации в связи с изменением клинических обязанностей. Неспособность супервизора расспросить о причинах такого поведения и соотнести его с возможными чувствами по поводу окончания супервизорских консультаций нередко приводит к неудовлетворительному завершению процесса, как, например, в нижеприведенном случае.

Доктор Ф. собирался по окончании ординатуры переехать на новое место работы. После обсуждения переезда со своим супервизором он сообщил об этом пациенту за полгода до расставания. Поскольку пациент не собирался прекращать лечение, то было очевидно, что причиной расставания послужит переезд доктора Ф. Узнав об этом, пациент переориентировал свое внимание и энергию на отношения со своей новой подругой. Он тратил много времени на рассказы о том, как сильно ему нравится эта девушка, но высказывал сомнение по поводу их взаимопонимания и возможности действительно положиться на нее. Супервизор отметил, что хотя доктор Ф. и высказывал пациенту предположение о связи его беспокойства о подруге с его чувствами по поводу лечения п приближения его завершения, тем не менее он, по-видимому, делал это мимоходом п без особой эмпатии. Доктор Ф. ответил, что действительно не акцентировал этот вопрос, поскольку такая попытка ничего не принесла. Пациент, по-видимому, хотел поговорить о своей подруге и не интересовался переездом терапевта. Кроме того, доктор Ф. был склонен интерпретировать романтическое увлечение пациента как реакцию на окончание лечения, поскольку считал, что увлечение пациента — факт сам по себе положительный, поскольку неспособность пациента формировать устойчивые отношения с женщинами являлась одной из его давних проблем. Он считал себя не вправе мешать пациенту реализовать соответствующее его возрасту стремление, полагая, что после трех лет лечения пациент, по-видимому, обрел способность лучше справиться с этой проблемой.

Многое из сказанного доктором Ф. представлялось вполне резонным, однако супервизор все же заподозрил существование “тайного сговора” между пациентом и терапевтом, в котором оба они были рады появлению на сцене девушки. Когда супервизор предположил, что доктор Ф., вероятно, спокойнее бы отнесся к расставанию, если бы отношения пациента и девушки приобрели “значимую серьезность”, доктор Ф. с готовностью с этим согласился. Его следующая ассоциация, однако, была связана не с отношениями между ним и пациентом, а с его чувствами по поводу предстоящего переезда на новое место жительства. В течение ближайших месяцев ему предстояло совершить несколько поездок на западное побережье (США), чтобы найти жилье и новую работу. Его жена была беременна и плохо себя чувствовала, а четырехлетний ребенок капризничал и задавал много тревожных вопросов по поводу переезда. Супервизор понял, что доктора Ф, совершенно не устраивал пациент, способный осложнить его отъезд. Когда супервизор сказал доктору Ф. об этом, тот рассмеялся и сказал: “Вы абсолютно правы! Думаю, что и пациент имеет право чувствовать гнев и грусть”. Хотя супервизор и согласился с ним, тем не менее он не был уверен, что супервизируемыи достаточно серьезно воспринял его замечания. У супервизора не было возможности выяснить этот вопрос, поскольку доктор Ф. отменил супервизии в связи со своими поездками, болезнью жены и уходом за ребенком. Когда они все-таки встретились, доктор Ф. сообщил об успехах пациента и о своих попытках рассмотреть вместе с пациентом его чувства по поводу предстоящего завершения лечения. Но ограниченность его позиции была очевидна. Когда пациент высказал недовольство отсутствием терапевта, доктор Ф. в свое оправдание сказал, что проинформировал пациента о возможных перерывах в лечении, когда заблаговременно сообщил ему о предстоящем переезде. Сообщение доктора Ф и его вербальное поведение на супервизии свидетельствовали об определенной обеспокоенности.

Доктор Ф. сказал, что он не дал пациенту рекомендаций по поводу дальнейшего лечения, полагая, что пациент должен сам решить, нуждается ли он в дальнейшем лечении. Такое решение помогло доктору Ф. уклониться от тщательного анализа хода лечения, к которому могло бы привести обсуждение необходимости продолжить лечение. Лечение закончилось без детального рассмотрения чувств пациента по поводу расставания, и поэтому супервизии закончились на приглушенной, хотя и дружеской ноте.

После отъезда доктора Ф. пациент решил продолжить лечение в амбулаторном отделении больницы..От его нового терапевта супервизор узнал, что пациент был очень недоволен своим прежним терапевтом. Кроме того, он не знал, почему лечение закончилось именно таким образом. Пациент признался, что чего-то в лечении ему недоставало, а удачное завершение позволило бы восполнить пробелы. Он боялся спорить с доктором Ф., возражать ему, злиться на него и высказывать независимые суждения. Трудно разобраться, в какой мере здесь повинен пациент, а в какой доктор Ф., деликатно пресекавший любые возражения пациента. Пациент хотел узнать, не было ли его увлечение девушкой способом решения проблемы расставания.

Вспоминая о своей работе, супервизор задавал себе вопрос: почему он не настоял на регулярном посещении доктором Ф. супервизорских консультаций или, по меньшей мере, не внес изменений в расписание сессий для проведения исследования спада в супервизорском процессе, оставив происшедшее без каких-либо замечаний. Мог ли он отметить, что нежелание доктора Ф. осознать свои чувства по поводу окончания супервизий соответствовало чувствам пациента по поводу прекращения лечения? Они оба были настолько заняты событиями своей жизни — терапевт деталями переезда, а пациент новой подругой,— что у них оставалось мало времени на размышление о расставании. Согласие супервизора с планом доктора Ф. не позволило им более основательно рассмотреть завершение лечения и супервизии. Он понял, что его чувства по поводу напряженного расписания консультаций позволили ему слишком сильно идентифицировать себя с испытываемым практикантом ощущением загруженности и с его нежеланием более полно пережить расставание с пациентом и супервизором. При этом он понял, что избежал рассмотрения своих чувств по поводу некоторых ограничений, которые он постоянно ощущал в работе практиканта,— тех ограничений, которые имели непосредственное отношение к способности практиканта выслушивать и рассматривать жалобы пациента о себе. Супервизор также задавал себе вопрос, в какой мере он предоставил доктору Ф. свободу выражения своих чувств и мыслей. Что супервизору не удалось услышать? Если бы супервизорский процесс не пошел на спад, супервизору, возможно, пришлось бы рассматривать не только профессиональные масштабы деятельности практиканта, но и рамки своей компетентности. В определенном смысле супервизор действовал в сговоре с пациентом и практикантом, позволив всем троим избежать неприятной оценки проделанной работы. Кроме того, супервизор ограничил их возможность рассмотреть все достижения и не помог (насколько возможно) доктору Ф. понять, что он мог завершить терапевтический процесс без ощущения напряженности и вины. Более полное завершение терапевтического и супервизорского процессов могло бы помочь всем троим — пациенту, терапевту и супервизору — закончить на более оптимистической ноте, с сознанием выполненной задачи, вместо невысказанных угрызений совести и сожаления.

Другим источником огорчений для практиканта нередко служит необоснованное представление о том, что должно произойти с пациентом ко времени окончания супервизорского и терапевтического процессов. Супервизор может помочь учащемуся установить различие, как полагает Е. Тихо (1972), между жизненными и терапевтическими задачами. Терапевтические задачи предполагают “устранение препятствий на пути развития пациента и раскрытие его потенциальных возможностей”. Жизненные задачи — это те цели, которые пациент может осуществить при условии “использования своих потенциальных

возможностей” (p.332). Выполнение определенных жизненных задач требует длительного применения способностей, высвобожденных с помощью лечения. Терапевту не следует рассчитывать на их реализацию до завершения лечения. При необходимости супервизор может разъяснить, какие задачи исходят от пациента, а какие навязаны самим терапевтом. При этом супервизор способен указать, какие супервизорские задачи были выполнены (углубление понимания способов формирования переноса, развитие способности распознавать и интерпретировать проявления механизмов сопротивления, развитие диагностических навыков и т. д.) и какие задачи практиканту предстоит выполнить с помощью другой супервизии и/или дополнительного клинического опыта.

Иногда на заключительном этапе супервизорского процесса супервизор и практикант сталкиваются с проблемой, которая состоит в необходимости признания временных ограничений, недостатка мастерства и способностей. Эти удары по нарцистическому эго нередко отражаются путем избегания, снижения самооценки, а также с помощью самообвинений и потребности действовать. Все эти реакции свойственны не только учащемуся, но и супервизору. Флеминг и Бенедек (1966) отмечают, что завершение определенного периода нередко пробуждает подростковые конфликты (p. 194), при которых приближение разлуки и независимости пугает как родителя (супервизора), так и ребенка (учащегося). Возобновление симптомов у пациента на заключительном этапе лечения, когда терапевт завершает супервизорский процесс, нередко приводит к осложнениям. Например, регрессия пациента перед окончанием лечения, его мольба и мстительность оказывают воздействие на терапевта, вызывая у него раздражение или разочарование в результатах своей деятельности. Эти чувства в свою очередь проявляются в супервизорском процессе по-разному. Аналогичным образом практикант относит на свой счет регрессию и жалобы пациента, которые отвлекают его внимание от собственных чувств по поводу расставания и заставляют сомневаться в своих достижениях на супервизорских сессиях. Супервизор винит себя в создавшемся положении, полагая, что этого можно было избежать, если бы он был более квалифицированным преподавателем и аналитиком. Практикант нередко опаздывает на сессии или отменяет назначенные встречи с супервизором. Он подчеркнуто говорит о стремлении приобрести супервизорский опыт иного рода или о своем намерении на какое-то время отказаться от супервизии. Хотя такие намерения и могут быть обоснованными, тем не менее они нередко отражают разочарование в том, что супервизии закончатся. Подобные устремления сопровождаются описанием кризисов, появившихся у пациентов, или повторным появлением учебных проблем, которые рассматривались на предыдущих сессиях. У супервизора также появляются аналогичные симптомы разочарования: отмена консультаций, скептическое отношение к успехам пациента и практиканта, размышление о том, кого бы супервизор хотел видеть в дальнейшем на своих консультациях. Учитывая негативную реакцию практиканта на завершение супервизорского процесса, супервизор может оказать максимальную помощь, охарактеризовав такие вероятные явления, как возвращение симптомов, их общие психологические причины и конкретное проявление у пациента. Супервизор дает возможность практиканту сосредоточиться на том, как пациент преодолевает огорчение по поводу несбывшихся желаний и каким образом практикант может помочь пациенту понять эти желания. Имеет смысл помочь практиканту еще раз рассмотреть привычные способы, с помощью которых пациент преодолевает огорчение и раздражение, сопровождающие фрустрацию, связанную с прекращением консультаций. В то же время супервизор может деликатно отметить, что аналогичный процесс, возможно, реализуется в супервизии. Вместе с практикантом супервизор рассматривает терапевтические надежды, связанные с лечением и супервизией, возможности их осуществления и препятствия на пути к их осуществлению.

Иногда реализация заключительного этапа супервизорского процесса определяется внешними факторами, рассмотрение которых вызывает неприятное ощущение, как,

например, в случае заболевания одного из участников супервизии. В одном из таких случаев супервизор начала отменять назначенные встречи без указания причины. Затем она стала прекращать работу, сообщая через секретаря практиканту о том, что она больна и свяжется с ним, когда будет готова возобновить супервизорскую работу. Тем временем практикант узнал от одного из коллег, что его супервизор, вероятно, больна неизлечимой формой рака, но старается держать это в тайне. Несколько месяцев спустя супервизии возобновляются. Ни практикант, ни супервизор не упоминают на них о болезни супервизора. Очевидно, чувство симпатии, которое супервизор и практикант испытывали друг к другу, не нашло выражения, хотя оно постоянно присутствовало в их работе. Практикант стал следить за выражением лица преподавательницы, пытаясь обнаружить в нем признаки болезни или страдания. Иногда он задавал себе вопрос, не служат ли душевные и физические муки причиной сильных проявлений ее нетерпимости к нему и его пациенту.

Однажды супервизор начала консультацию с того, что отругала его за незначительное опоздание. “Вы всегда опоздываете”,— заметила она. Это замечание привело его в замешательство, поскольку было несправедливым. “Впрочем, это не имеет значения. Мы не сможем встретиться послезавтра. Я больна и какое-то время не смогу работать”,— сказала супервизор. Затем она спросила его о пациенте. Практикант испытывал смешанные чувства. Он чувствовал себя незаслуженно оскорбленным и поэтому сердился. Но он расстроился еще и потому, что заметил потребность супервизора дистанцироваться от него, вместо того чтобы позволить им обоим почувствовать грусть расставания. Он испытывал два желания: выразить привязанность к супервизору и сочувствие к ней и в то же время потребность уважать ее защитные проявления. Он заметил, что снова стал играть роль покорного, послушного учащегося, которую она помогала преодолеть с помощью самых различных способов. В течение нескольких лет она помогала ему смелее решать как собственные проблемы, так и проблемы пациента. А теперь она сама избегала обсуждения того, что больше всего беспокоило их обоих. И тем не менее он восхищался ее стремлением остаться на посту, чтобы довести супервизорский процесс до конца. Когда супервизии закончились, он пожал ей руку и высказал надежду снова встретиться с ней. Она с сомнением взглянула на него и закрыла дверь кабинета.

Эта безысходность оставила у практиканта неизгладимое впечатление и помогла ему пересмотреть свой подход к преподаванию. Когда впоследствии он сам стал супервизором, то нередко обращал внимание на события в личной жизни практикантов и обсуждал с ними эти события и их влияние на клиническую работу практикантов. Неожиданно для себя он стал охотнее признаваться своим подопечным в том, что какое-либо настроение или личное событие определенно мешает преподаванию, ограничивает способность слушать и реагировать. Он также понял, что если серьезно заболеет, то предоставит практикантам возможность выражать свою любознательность и чувства и размышлять о том, каким образом изменившаяся супервизорская ситуация может влиять на их лечение пациентов. Размышляя о печальной стороне собственного опыта в качестве супервизируемого, он подумал, что, даже когда супервизор не знала, как долго она сможет продолжать преподавательскую деятельность, для нее было бы лучше назначить дату окончания супервизии, даже если эту дату и пришлось пересмотреть. Назначение конкретного срока позволило бы им заранее осознать ту чрезвычайно грустную ситуацию, в которой им пришлось бы оказаться в момент завершения совместной работы и вместе оценить свой опыт обучения.

Оценка составляет важную особенность супервизии на заключительном этапе. Она позволяет неспешно и в полном объеме обсудить существующие сильные и слабые стороны практиканта как терапевта. При этом можно проанализировать сообщения учащегося, чтобы оценка его работы не оставила у него чувства недоумения. Это позволяет преподавателю и учащемуся сделать выводы о том, что необходимо сделать учащемуся на данном этапе с

точки зрения его обучения. Может быть, ему необходимо чаще встречаться с пациентами определенного типа? Может быть, ему лучше встретиться с супервизором, который придерживается определенных теоретических подходов? Какая литература может на данном этапе помочь ему расширить свой кругозор? Под руководством своего супервизора практикант может оценить результаты своей терапевтической деятельности и определить свои дальнейшие учебные задачи.

На заключительном этапе супервизор может попросить учащегося оценить свой, супервизорский, стиль преподавания и профессиональные навыки. Какой из способов передачи информации и рассмотрения клинических проблем оказался наиболее эффективным? Каким образом супервизор смог повысить эффективность преподавания? Благодаря таким вопросам выявляются и находят свое разрешение подавленные обиды. Один практикант, доктор Г., был недоволен своим преподавателем. На расспросы доктора Г. о причинах систематических опозданий на консультации пациентка лишь пожимала плечами н ничего не отвечала. Когда доктор Г. попытался настоять на том, чтобы пациентка проанализировала свое поведение, супервизор посоветовал ему терпимее относиться к пациентке. Доктор Г. испытывал фрустрацию, поскольку супервизор и пациентка заставили его промолчать. При приближении окончания супервизий доктор Г. сообщил на одной из консультаций, что он решил “послать все к черту”, и поступил по-своему. Он оказал энергичное давление на пациентку с целью выявления подавленных желаний и добился хороших результатов. Пациентка высказала свое недовольство доктору Г, полагая, что такое лечение отрицательно сказывается на манере ее поведения. Тогда терапевт смог более откровенно обсудить с пациенткой, в каком отношении лечение ограничивает ее поведение.

Упреки доктора Г. удивили супервизора, но он признал, что, возможно, вел себя слишком властно. Супервизор также понял, что доктор Г. охотно согласился последовать его совету, не желая ставить под сомнение обоснованность его совета и обсуждать свое недовольство до окончания супервизий. Он похвалил его за то, что доктор Г. поступил так, как считал нужным несмотря на супервизорские предостережения. Супервизор признался, что все окончилось превосходно и в конечном счете он был неправ. Он отметил, что доктор Г., как и его пациентка, стремился к независимости, но каждый из них (по-своему) боялся открыто заявить о своем стремлении. Далее супервизор сказал, что доктор Г., по его мнению, обладает хорошими терапевтическими навыками, на которые он может рассчитывать, и выразил надежду, что в и будущем он будет отстаивать то, что считает целесообразным для лечения. Практикант в свою очередь признал необоснованность некоторых из своих страхов и сомнений по поводу самостоятельных действий. Он понял, что способен оказать эффективную помощь пациентке в решении указанных проблем и в будущем сможет помочь себе сам.

Хоффман (1990) предлагает торжественно отмечать окончание супервизорских консультаций, скажем, в форме “неофициальной беседы на выбранную тему за чашкой кофе или за обедом. Эта торжественная встреча может состояться в месте проведения супервизорских консультаций или где-то еще, например, в кафетерии или ресторане. Встречу можно назначить на момент проведения обычной супервизий или выбрать другое время” (pp. 179—180). Таким способом окончания супервизорского процесса пользуются многие супервизоры. Но такое торжественное мероприятие имеет свои недостатки. Удовлетворение от совместно проделанной работы нередко является достаточной наградой, особенно, если такая работа оценивается открыто и добросовестно. Кроме того, не каждое завершение супервизорского процесса дает повод для торжества. Существуют ситуации, когда либо супервизор, либо практикант недоволен результатами супервизий и не испытывает желания торжественно отмечать ее окончание. Кроме того, проведение торжественного мероприятия делают неуместным и такие обстоятельства, как болезнь.

Супервизорская и терапевтическая работа продолжается до последней минуты встречи.

Супервизор должен оставаться преподавателем до конца супервизий и не брать на себя роль коллеги или друга. Будущие отношения можно обсудить при завершении супервизий, но не следует начинать такие отношения на заключительном этапе супервпзорского процесса.

Супервизору необходимо учитывать, что испытываемый практикантом по отношению к супервизору перенос нередко переживается более напряженно на заключительном этапе супервизорского процесса. Нередко появляется тенденция отказаться от учебных задач и удовлетворить свои чувства более непосредственно. Супервизор также нередко испытывает ощущение утраты и стремится каким-либо способом сохранить или изменить учебные отношения на заключительном этапе. Приводимый ниже пример свидетельствует о том, что завершение супервизорского процесса может оказаться серьезным испытанием для супервизора, который сознательно или бессознательно нашел способ решить свои личные проблемы в рамках супервизий. В тех случаях, когда супервизор принимает личное участие в судьбе своего подопечного, ему, вероятно, не хватит времени для того, чтобы отказаться от педагогического подхода и отреагировать на свой перенос.

Младший сын супервизора, мужчины средних лет, уехал из дома учиться в колледже. Неожиданно для себя супервизор остро почувствовал грусть по поводу окончания супервизорских занятий с психиатром, который напоминал ему сына. Он сознавал смещение своих чувств и считал, что его теплое отношение к практиканту служит одним из способов преодоления ощущений, связанных с отъездом сына. Тем не менее, он заметил появление у себя “отцовско-сыновних” фантазий о том, чтобы стать воспитателем этого практиканта и сохранить теплые отношения с молодым человеком, который уже утвердился в психиатрическом сообществе. Приближалось окончание супервизорских занятий, поэтому супервизор решил пригласить практиканта на обед и познакомить его со своей женой. Он понимал, что его фантазии об “усыновлении” были способом преодоления болезненных чувств, связанных с отъездом сына, и следуя им, он пренебрегает другим чувством, которое дает ему возможность лучше понять самого себя. Могло наступить то время, когда такое приглашение оказалось бы уместным. В течение оставшихся месяцев он вел обычные занятия с психиатром и при расставании выразил надежду, что они будут поддерживать связь, но при этом не упомянул о конкретном приглашении.

В другом случае этот же супервизор принял-таки приглашение практиканта на обед в конце их супервизорской работы. Здесь он не испытывал каких-либо беспокоивших его чувств к практиканту. Он поступил так потому, что понимал желание супервизируемого врача-ординатора показать преподавателю свою жизнь за пределами учебного заведения — жизнь которая включала в себя дом, жену и всю семью, а также его желание устроить званый обед. Желание врача-ординатора отметить событие показалось супервизору вполне естественным и достойным одобрения.

При завершении супервизий с практиканткой Мэри Дик супервизор Дюваль сообщил ей о своих планах издать книгу по супервизий и предложил ей написать главу для этой книги. Их дальнейшие отношения определялись конкретным проектом, который предполагал обсуждение и оценку закончившегося супервизорского процесса. Издание книги в каком-то смысле объединяло их навеки под одной обложкой подобно фигурам на греческой урне Китса. Шлезингер даже при завершении супервизорского процесса не сообщил Шеврину о том, что использует материалы супервизорских занятий с ним и готовит к изданию книгу по этим материалам. Это привело к судебному разбирательству, взаимным обвинениям и вызвало у Шеврина ощущение разочарования в учебном опыте. (Shevrin, 1981). Проблемы Шлезингера и Шеврина, которые невозможно было решить на супервизорских занятиях или рассмотреть на заключительном этапе, теперь отражены в литературе. В психоаналитических учебных заведениях учащиеся формируют коллегиальные отношения с некоторыми супервизорами на завершающей стадии своего обучения. Для ординаторов и работников социальных служб, однако, супервизорские занятия нередко проводит супервизор,

консультирующий только по конкретным клиническим случаям. В таких случаях учебное заведение не определяет возможность будущих встреч преподавателя с учащимся.

При завершении супервизий один практикант вручил супервизору свою статью с просьбой высказать замечания, прежде чем он представит ее для публикации. Практикант знал, что тема статьи представляла для супервизора определенный интерес. Супервизор согласилась это сделать, отметив, что будет рада обсудить статью при личной встрече или по телефону. По ее мнению, практикант дал ей понять, что желает и впредь поддерживать отношения с супервизором, но не знала, о каких именно отношениях идет речь. Предложение встретиться или связаться по телефону позволило практиканту определить рамки искомых отношений. Он сказал, что телефонный разговор его вполне устроит, считая себя коллегой с супервизором, с которым можно обмениваться научными статьями и делиться своими соображениями по их поводу. Когда супервизор прочитала статью и высказала свои замечания, она предположила, что практиканта, возможно, заинтересует обход пациентов, который будет проводиться крупными специалистами в ближайшем медицинском учебном центре. Она сказала, что и сама будет участвовать в обходе, и посоветовала ему присутствовать на нем, подчеркнув таким образом, что они оба являются обычными независимыми членами психиатрического сообщества.

Иногда супервизоры дарят учащимся маленькие сувениры, отмечая тем самым их успехи. Такие подарки вручаются, когда учащиеся заканчивают учебу или покидают город. Например, презент в виде книги свидетельствует об уважении супервизора к интеллекту учащегося и к его стремлению продолжать обучение. Этот подарок не столь обременителен, чем личное приглашение на выпивку или на обед, поскольку учащийся может поступить с ним по своему усмотрению, сохранить его или выбросить, прочитать или оставить непрочитанным. Вряд ли супервизор когда-либо узнает судьбу своего подарка, как, впрочем, и того, чему он старался научить своего подопечного. Супервизору повезет, если его учащиеся будут поддерживать с ним связь и сообщать о своих успехах. Но он знает, что такая связь необязательна и он должен находить удовлетворение в уже проделанной работе.

Один терапевт при расставании вручил своему супервизору подарок —дорогостоящее экзотическое растение, которое, очевидно, нуждалось в тщательном и регулярном уходе. Супервизор благосклонно принял подарок, поинтересовавшись, почему практикант остановил свой выбор на таком необычном и красивом предмете. Терапевт ответил, что, по его мнению, подарок должен был понравиться супервизору. Помолчав, он добавил: “Это нежное растение, за ним трудно ухаживать, но Вы такой хороший супервизор, что сможете с ним справиться”. Терапевт рассмеялся: “Наверное, оно напоминает того пациента, о котором я говорил. Пациент был трудным и требовал деликатного обращения”. “Значит, в каком-то смысле вы передаете его мне?” — спросил супервизор. “Нет, он остается моим пациентом. Но я надеюсь, что смогу обращаться к Вам за советом и впредь. Мне жаль, что мы заканчиваем занятия”,— заключил он. Супервизор сказал: “Я считаю, что Вы прекрасно справитесь и самостоятельно. Впрочем, Вы всегда найдете меня здесь, если почувствуете, что вам нужна консультация. К тому же Вы подарили мне прекрасный подарок, который будет напоминать о вас, о пациенте и о нашей совместной работе. Желаю Вам успеха”.